

เลื่อนไหล เลียบเลาะ เจาะลึก

รวมบทความ HA ที่ตีพิมพ์ใน Meical Times และ Quality Care

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล

คำนำ

คำถามและปัญหาจากพื้นที่ เป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการค้นหาคำอธิบายและแนวทางที่เรียบง่ายยิ่งขึ้น

แนวคิด ผลงาน การนำเสนอ การร่วมเสวนา ในเวทีต่างๆ ทำให้เห็นโอกาสและทางออกใหม่ๆ เพิ่มขึ้นจากที่เคยปฏิบัติกันอยู่

การมีพื้นที่นำเสนออย่างสม่ำเสมอ เป็นเสมือนนาฬิกาอัตโนมัติที่บอกเตือน

ด้วยข้อมูลใหม่ๆ ที่เพิ่มเข้ามา ทำให้ความคิดเลือนไหล ได้บทสรุปที่น่าจะชัดเจน เรียบง่าย และได้ผลยิ่งขึ้น จึงไม่เป็นการแปลกที่จะเห็นพัฒนาการของความคิดในช่วงเวลาต่างๆ

ด้วยคุณภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวที่หลากหลาย การเลียบละและเจาะลึก จึงเกิดขึ้น เพื่อให้ครอบคลุมแง่มุมที่หลากหลาย และขยายความในส่วนที่จำเป็น

แนวคิดในเอกสารชุดนี้ บางเรื่องเป็นสิ่งที่โรงพยาบาลทำอยู่แล้ว การทบทวนทำให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนขึ้น บางเรื่องเป็นสิ่งที่ยังไม่ได้ทำ และสามารถนำไปใช้ได้ทันที ก็ไม่ควรรีรอให้เสียเวลา บางเรื่องเป็นความท้าทายที่ต้องใช้ความพยายามและความร่วมมือ ก็ควรเริ่มต้นแต่ไม่ควรกังวลและคาดหวังความสมบูรณ์

อนวัชณ์ ศุภชุตikul

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มกราคม 2551

สารบัญ

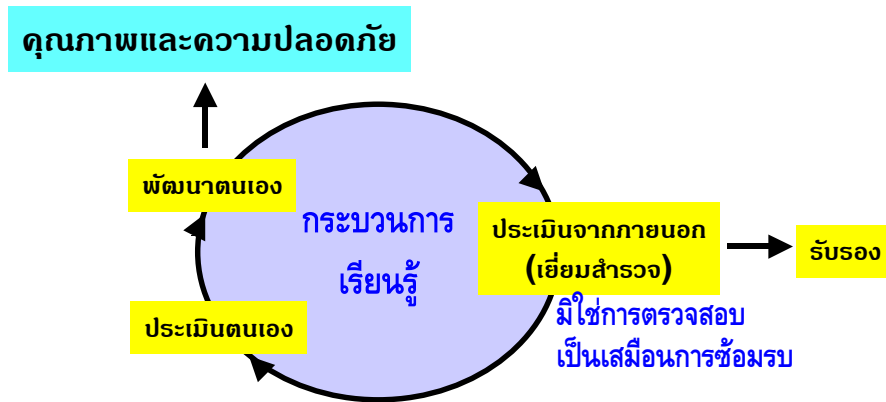
ว่าด้วยแนวคิดพื้นฐานของ HA	1
แก่นแท้ HA	2
3C - PDSA กับ HA	4
ลายแทงคุณภาพ	6
การเชื่อมต่อระหว่างบันไดแต่ละขั้นสู่ HA.....	11
ภาคปฏิบัติของ HA ที่เป็นแก่นสำคัญ	14
พูดด้วยภาษาง่ายๆ	17
Competency กับ Core Values	20
ยอดเขา บริบท ระบาดวิทยา	23
การวางแผนจำหน่ายกับ FMEA	25
รองบริหาร กับงานคุณภาพ.....	27
ว่าด้วยมาตรฐานและการประเมินตนเอง	29
มาตรฐานที่สัมผัสได้	30
การใช้มาตรฐานที่ให้คุณค่า	32
SPL จุดเน้นของการใช้มาตรฐานระดับองค์กร	34
Scoring Guidellines	36
สรุปย่อผล ในการประเมินตนเอง	39
ว่าด้วยความเสี่ยงและความปลอดภัย	41
วางด่านสามชั้น ป้องกันกรณี “ตอกรัก”	45
Open Disclosure	48
Patient Safety Goals ของแคนาดา	50
เรียนรู้คุณภาพจากคดีฟ้องหมอฟรัง	53
ต้องการบทเรียน ไม่ใช่สถิติ	56
ว่าด้วย Trigger Tool	58
Trigger Tool: เครื่องมือวัดอุบัติการณ์ทางคลินิก	59
การวัดที่คุ้มค่า	62
Trigger Update	64
จาก Trigger Tools สู่ Triggered Chart Review	67
ว่าด้วยการตามรอยทางคลินิก	70
Clinical Tracer	71
การตามรอยทางคลินิกแบบง่าย ๆ	80
One Page Summary	82
ว่าด้วยการวัดผล	84
Performance Measurement in Healthcare	85
Dashboard Monitoring	87
เล่นกับข้อมูลการตาย	91
ว่าด้วยความสมดุล	95
คุณภาพที่สมดุล	96

รูปแบบ กับ วัฒนธรรม	98
ว่าด้วย Humanized Health & People Centered Care.....	100
นวัตกรรม ตามรอย และวัดผลคุณภาพ	101
ปรับโฉมการดูแลที่ข้างเตียงผู้ป่วย	103
Patch Adams	106
ใช้กฎที่เรียบง่าย เพื่อการดูแลทั้ง “คน” และ “ไข้”	108
พลังของความเป็นมนุษย์	111
คน เงิน จริยธรรม.....	113
Picker’s Organization Award 2006: Patient-Centered Care	115
Humanized Healthcare Model	118
คืนหัวใจให้ระบบสุขภาพ	124
ว่าด้วยเรื่องวิชาชีพ.....	127
แพทยสภาแห่งสหราชอาณาจักร	128
ศรัทธาและความไว้วางใจ	131
Patient-Centered Professionalism	133
คุณค่าขององค์กรแพทย์	135
ว่าด้วยเรื่องการวิจัยและการจัดการความรู้	138
Routine to Research (R2R)	139
KM ที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ	141
ว่าด้วยเวชระเบียน	144
มองระบบงานผ่านเวชระเบียน	145
เวชระเบียน มีเรื่องให้เล่นอีกมาก	147
ว่าด้วยเรื่องยา.....	150
ยา..อย่าหยุดแค่ใฝ่ระวัง	151
Medication Reconciliation	154
ชิมชับจากสรรพสิ่ง.....	158
หญ้าแฝก ป่าเปียก ธงอรอน	159
จากหญ้าสู่ความเสี่ยง	164
เงื่อนไขที่เราไม่ได้ตระหนักมาก่อน.....	166
ศิลปะในวิถีชีวิต	168
ตุ๊กตาปีหนู.....	170

ว่าด้วยแนวคิดพื้นฐานของ HA

แก่นแท้ HA¹

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล



ด้วยชื่อเรียกว่า Hospital Accreditation และด้วยภาพสุดท้ายที่ปรากฏออกมาในรูปแบบของการรับรอง อาจทำให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน มองไม่เห็นแก่นแท้ที่อยู่เบื้องหลังภาพที่เห็น

แท้ที่จริงแล้วการรับรองเป็นเพียงแรงจูงใจและให้กำลังใจแก่การทำดีของโรงพยาบาล คุณค่าที่แท้จริงอยู่ที่คุณภาพและความปลอดภัยที่ให้แก่ผู้ป่วย อยู่ที่กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล

การประเมินหรือเยี่ยมสำรวจจากภายนอกเป็นการเสมือนตัวช่วยเร่งปฏิบัติการ ช่วยเร่งการพัฒนาของโรงพยาบาลอย่างมีทิศทาง มีเป้าหมาย เป็นการกระตุ้นกระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญด้วยการถามคำถามเพื่อกระตุ้นความคิด ซึ่งบางครั้งอาจจะถูกละเลยไปด้วยความรู้สึกเคยชินกับสถานการณ์ เป็นเสมือนการซ้อมรบกับข้าศึกซึ่งฝังตัวอยู่ในอันได้แก่ความเสี่ยงทั้งหลาย และข้าศึกภายนอกได้แก่ปัญหาสุขภาพและความคาดหวังของผู้รับบริการ การซ้อมรบทำให้เห็นความเสี่ยงที่ฝังตัวอยู่ และทำให้เห็นว่าหากเกิดอุบัติเหตุหรือปัญหาต่างๆ ขึ้น ทีมงานของเราจะมีมือไหวหรือไม่

การประเมินหรือเยี่ยมสำรวจจากภายนอกจึงมิใช่การตรวจสอบ มิใช่การพิพากษา มิใช่เรื่องของการผ่าน/ไม่ผ่าน ได้/ไม่ได้ แต่เป็นเรื่องของการเตรียมความพร้อมเพื่อต่อสู้กับข้าศึกตัวจริงที่เข้ามาโจมตีโรงพยาบาลอยู่ทุกเมื่อเชื่อวันโดยเราอาจจะรู้ตัวบ้าง ไม่รู้ตัวบ้าง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการรวมตัวเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน มีความตื่นตัว มีพลกำลังเข้มแข็ง สามารถต่อสู้กับข้าศึกอย่างเป็นระบบ มีแบบแผนที่ชัดเจน

ถ้าไม่เข้าใจแก่นแท้ตรงนี้ การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลจะเต็มไปด้วยรูปแบบที่ไม่จำเป็น เกิดความเครียดและความอึดอัด เอาจริงเอาจังกับการซ้อมรบ แต่กลับปล่อยปละเลยไม่เตรียมพร้อมสำหรับการเผชิญกับข้าศึกตัวจริง

¹ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 6 ฉบับที่ 139 (1-15 สิงหาคม 2548)

กิจกรรมคุณภาพต่างๆ ที่ HA เสนอแนะเพื่อการพัฒนาของโรงพยาบาล เช่น บันไดสามขั้นสู่ HA หัวหน้าพาทำคุณภาพและการทบทวนคุณภาพในบันไดขั้นที่ 1 เป็นการประยุกต์แนวคิดและเครื่องมือมาสู่การปฏิบัติ โดยอาศัยบทเรียนจากอดีตว่าส่วนสำคัญที่ถูกละเลยไปคืออะไร แล้วนำมาเน้นให้เกิดการปฏิบัติได้ง่ายๆ การจะเกิดประโยชน์จึงต้องมีการเรียนรู้ควบคู่ไปกับการกระทำเสมอ ต้องมีการตั้งคำถามกับตัวเองและกับทีมงานว่าทำแล้วได้อะไร ทำไมต้องทำ ประโยชน์ที่ควรเกิดขึ้นคืออะไร ทำไมทีมของเราจึงไม่บรรลุประโยชน์ที่ว่า

หากขาดการไตร่ตรอง ขบคิด ก็จะไม่เกิดการเรียนรู้ ไม่สามารถเข้าถึงหลักการหรือแนวคิดเบื้องหลังของเรื่องนั้นๆ เหลือแต่รูปแบบ เหลือแต่ภาระงาน ก่อให้เกิดความคับข้องใจและความเครียด ไม่สามารถพัฒนาองค์กรไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้

องค์กรที่ประสบความสำเร็จ จึงต้องมีทั้งการเปิดใจรับฟัง (ในส่วนที่เป็นหลักการแนวคิด แนวคิด) ควบคู่ไปกับความเป็นตัวของตัวเอง (ในการค้นหาทางเลือกสำหรับปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง) นำไปปฏิบัติ แล้วไตร่ตรอง ครุ่นคิด เพื่อให้เกิดปัญญาแก่องค์กร

3C - PDSA กับ HA²

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

มักจะมีเสียงบ่นว่า HA ชอบเอาศัพท์แปลกๆ ใหม่ๆ มาสร้างความสับสนให้กับทีมงานของโรงพยาบาล

เรื่องแปลกๆ ใหม่ๆ เหล่านี้บางเรื่องก็รู้ไว้ก็ดี (จะได้คุยกับคนอื่นได้ เรียนรู้ต่อเนื่องด้วยตนเองได้ คิดต่อยอดได้) ไม่รู้ก็ได้ (ไม่รู้ก็สามารถพัฒนาคุณภาพได้) แต่บางเรื่องเป็นหัวใจ เป็นแนวคิดพื้นฐาน ที่จะนำไปสู่ความเข้าใจเรื่องอื่นๆ และนำไปสู่การพัฒนาที่เกิดคุณค่าดังเช่นเรื่อง 3C และ PDSA ที่จะกล่าวต่อไปนี้

จาก PDSA สู่ ADLI และ DALI

PDSA ไม่ใช่เรื่องใหม่ ทุกคนที่ทำคุณภาพรู้จักวงล้อ Plan-Do-Check-Act หรือ Plan-Do-Study-Act ดี

PDSA เป็นแนวคิดพื้นฐานได้สำหรับทุกเรื่อง ไม่ว่าจะเป็นการประกันคุณภาพ การบริหารความเสี่ยง การพัฒนาคุณภาพ การวิจัย การเรียนรู้

PDSA อาจจะเป็นการมองในระดับองค์กรคือการบริหารเชิงกลยุทธ์ (Planning-Implementation-Evaluation) ลงไปจนถึงการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพแต่ละโครงการ

รางวัลคุณภาพแห่งชาติของอเมริกาและไทย ได้ปรับ PDSA มาเป็น Approach-Deployment-Learning-Integration หรือ ADLI โดย Learning นั้นรวมทั้งการประเมินและปรับปรุงเข้าด้วยกัน

เนื่องจากคำว่า approach และ deployment อาจจะเป็นที่เข้าใจยากสำหรับบางท่าน พรพ.จึงปรับมาใช้คำที่ง่าย ๆ เพื่อขยายความหมายของ PDSA เป็น Design-Action-Learning-Improvement หรือ DALI (ออกแบบ-ลงมือทำ-เรียนรู้-ปรับปรุง)

Design อาจจะเป็นการออกแบบในระดับกลยุทธ์ ระบบงาน หน่วยงาน กระบวนการ โครงการพัฒนา การออกแบบที่ดี จะต้องช่วยให้คนทำงานง่ายขึ้น เบาแรงขึ้น มีโอกาสผิดพลาดน้อยลง แนวคิดเรื่อง Human Factors Engineering หรือปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์กับระบบงาน และสิ่งแวดล้อม เป็นเรื่องน่าสนใจที่ควรนำมาประยุกต์ใช้ให้มากขึ้น

Action-Do-Deployment มีความหมายเดียวกันคือการนำระบบงานที่ออกแบบไว้ไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายของงานที่วางไว้

Learning กับ Improvement เป็นสิ่งที่ควบคู่กัน

Learning อาจจะเป็นการเรียนรู้ในระดับตัวบุคคล ระดับทีม และระดับองค์กร อาจจะเป็นการไตร่ตรอง (Reflection), การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing), การจัดการ

² ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 6 ฉบับที่ 140 (16-31 สิงหาคม 2548)

ความรู้ (Knowledge Management), การติดตามตัวชี้วัด, การประเมินตนเอง, การตามรอย
คุณภาพ (Quality Tracing), Benchmarking ไปจนถึงการวิจัย

การเรียนรู้ต้องนำไปสู่การปรับปรุง การนำความรู้ฝังกลับเข้าไปในการทำงาน ผลผลิต
และบริการ

การกำกับด้วย 3C

การใช้ PDSA หรือ DALI ให้ได้ผลดี ต้องได้รับการชี้แนะหรือกำกับด้วย 3C

C ตัวแรกคือ Core Values & Concepts เป็นหลักการคุณภาพที่ทุกคนยอมรับ เป็น
หลักการที่ใช้กำกับในใจของทุกคน จากหลักการนี้จะช่วยให้เห็นแนวทางการทำงานที่
กว้างขวาง และช่วยให้เกิดการตัดสินใจที่เหมาะสม ตัวอย่างหลักการง่ายๆ เช่น “ทำงานประจำ
ให้ดี มีอะไรให้คู่กัน ขยันทบทวน” และ “เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อายียดิต”

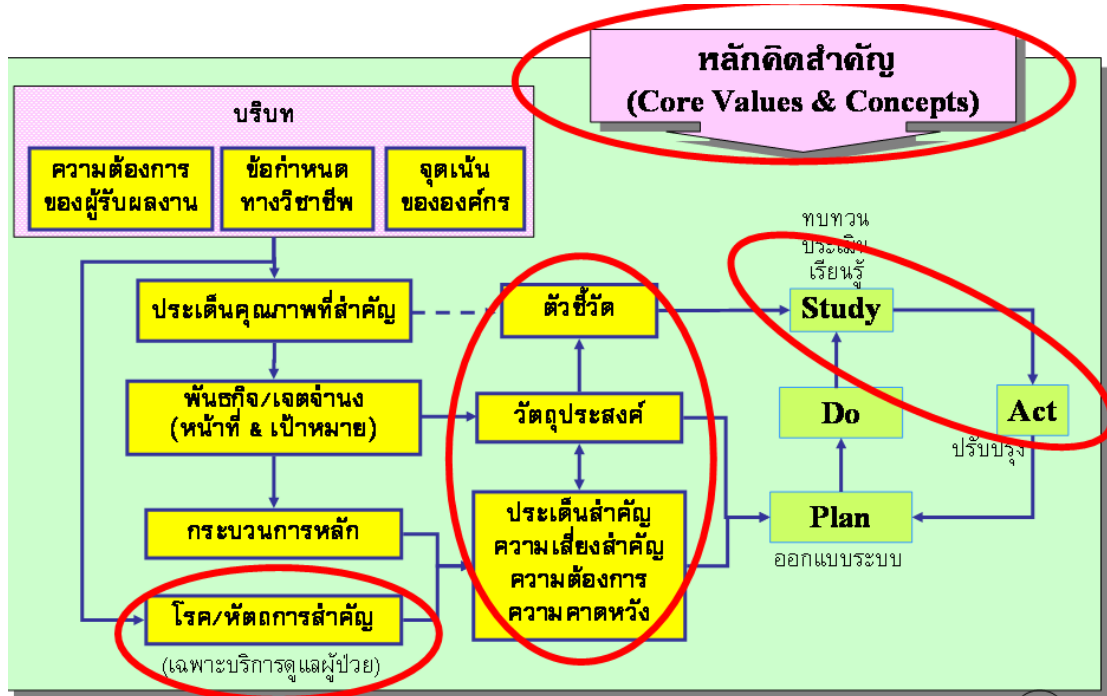
C ตัวที่สองคือ Context หรือบริบท เป็นสถานการณ์เฉพาะหรือโลกที่เป็นจริงของ
โรงพยาบาลและผู้รับบริการของโรงพยาบาล ความเข้าใจลักษณะเฉพาะนี้จะนำไปสู่การ
จัดลำดับความสำคัญและการตอบสนองที่พอดีและเหมาะสม

C ตัวที่สามคือ Criteria หรือมาตรฐานที่ใช้เป็นเข็มทิศเดินทางและเป็นเกณฑ์ประเมิน
องค์ประกอบที่จำเป็น

ที่เรียกว่า 3C-PDSA เป็นแนวคิดเชิงระบบในการพัฒนาคุณภาพ ก็เพราะเป็นตัวที่ใช้
เชื่อมโยงองค์ประกอบและแนวคิดสำคัญทั้งหลายเข้าด้วยกัน เป็นจุดตั้งต้นและเป็นจุดอ้างอิงที่
เรียบง่าย ไม่ว่าจะมีความคิดหรือเครื่องมืออะไรเข้ามา ก็สามารถนำมาเทียบเคียงและเชื่อมโยง
กับสิ่งที่มีอยู่และคุ้นเคยได้ เป็นการขยายมุมมองและแนวคิดโดยไม่ติดกรอบ แต่ไม่หลุดจาก
ฐานเดิม

ลายแทงคุณภาพ³

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล



จากการรับทราบปัญหาของการบรรลุพัฒนาคุณภาพที่ไม่บรรลุเป้าหมายของทีมงานต่าง ๆ จากแนวคิดเชิงระบบที่มุ่งเน้นภาพรวมและความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่าง ๆ (ที่สรุปออกมาเป็น 3C-PDSA) ตลอดจนข้อคิดที่ได้จากการจัดอบรมผู้เยี่ยมชมสำรวจของ พรพ. ทำให้ได้แผนภูมิที่ต่อยอดไปจาก 3C-PDSA เพื่อช่วยให้หน่วยงาน/ทีมงานต่าง ๆ ใช้สำรวจตัวเอง และให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจใช้เป็นเครื่องมือในการวางแผนการเยี่ยมชมสำรวจ

แผนภูมินี้เป็นการสรุปภาพของ Service Profile หรือภาพรวมของการให้บริการของหน่วยงาน/ทีมงานต่าง ๆ (ที่เปลี่ยนมาใช้คำว่า Service Profile แทน Unit Profile ก็เพื่อให้ครอบคลุมการทำงานของทุกสาขาวิชาชีพที่ให้บริการผู้ป่วย ณ จุดบริการแห่งนั้น มิใช่เฉพาะงานของเจ้าหน้าที่ที่ประจำอยู่ ณ จุดนั้น)

ขอเรียกแผนภูมินี้ว่า “ลายแทงคุณภาพ” เป็นลายแทงเพื่อค้นหาสิ่งที่อยู่ในตัวเราเอง สิ่งดี ๆ ที่เราให้บริการแก่ผู้ป่วย ลายแทงนี้จะช่วยให้เราตรวจสอบความสมบูรณ์และความเชื่อมโยงของสิ่งต่าง ๆ ที่เรามีอยู่

³ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 7 ฉบับที่ 151 (1-15 กุมภาพันธ์ 2549), และฉบับที่ 152 (16-28 กุมภาพันธ์ 2549)

เริ่มต้นด้วยการนำข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่มาสรุปรวมในแผนภูมิแผ่นเดียว ที่ต้องย้ำว่า แผนภูมิแผ่นเดียว หรือกระดาษแผ่นเดียว (ใหญ่เท่าไรก็ได้) ก็เพื่อให้สามารถมองความเชื่อมโยงของส่วนต่างๆ ได้โดยง่าย การมองเห็นความเชื่อมโยงนี้เป็นหัวใจสำคัญมากที่จะเติมเต็มให้กับสิ่งที่ทีมงานได้ทุ่มเทพัฒนาเอาไว้

การบันทึกข้อมูลในแผนภูมิลายแบบนี้จึงต้องเป็นข้อมูลสรุปที่สำคัญจริงๆ

แหล่งข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ ส่วนมากแล้วจะอยู่ใน Unit Profile (ซึ่งต่อไป พรพ.จะแนะนำให้ใช้คำว่า Service Profile) ที่มีอยู่แล้ว แต่อาจจะใช้ข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ เพิ่มเติมได้ไม่จำกัด

ส่วนมากเมื่อเห็นความเชื่อมโยงของข้อมูลที่บันทึกในแผนภูมิลายแบบนี้แล้วก็จะร้อง “อ้อ รู้แล้วว่าทำไมเรายังไปไม่ถึงไหน ประเด็นคุณภาพของเราก็ไม่ชัด วัตถุประสงค์ก็ไม่สอดคล้องหรือไม่ครอบคลุมประเด็นสำคัญที่วิเคราะห์ไว้ การวิเคราะห์ความเสี่ยงสำคัญก็มองเฉพาะในบางแง่มุม ไม่เห็นความเสี่ยงที่กำลังคุกคามอยู่ ตัวชี้วัดก็ไม่สอดคล้องกับเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์แล้วก็ได้เอาไปวิเคราะห์ศึกษาให้เห็นแนวทางว่าจะปรับปรุงอย่างไรต่อไป ฯลฯ”

วงกลมที่วงไว้เป็นเครื่องเตือนใจว่าจุดไหนบ้างที่ควรจะให้มีความสำคัญสูง

1. ประเด็นสำคัญ/ความเสี่ยงสำคัญ วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด มีความสอดคล้องกันหรือไม่ สมบูรณ์หรือไม่

2. มีการทบทวน ประเมิน และเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่

3. มีการใช้ Core Values & Concepts ที่เหมาะสมหรือไม่

4. ในหน่วยบริการผู้ป่วยนั้น ได้นำเอาโรคหรือหัตถการที่มีความสำคัญสูงมาทบทวนเป้าหมายและการบรรลุเป้าหมายหรือไม่

ทำได้อย่างนี้ ชุมทรัพย์ที่อยู่ในงานของเราก็จะค่อยๆ ปรากฏขึ้นมา

เพื่อความเข้าใจในแผนภูมิลายแบบนี้ได้ดีขึ้น จึงขออธิบายในรายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบดังต่อไปนี้

จุดเริ่มของการหมุน PDSA

ทางด้านซ้ายสุดของภาพซึ่งประกอบด้วย ความต้องการของผู้รับผลงาน ข้อกำหนดทางวิชาชีพ จุดเน้นขององค์กร และโรค/หัตถการสำคัญ ทั้งสี่ส่วนนี้ต่างก็เป็น subset ของบริบทของบริการนั้นๆ นั่นเอง (อาจจะมียุทธศาสตร์เฉพาะอื่นๆ ที่เรียกว่าเป็นบริบทอีกก็ได้ เช่น ศักยภาพและข้อจำกัดของการให้บริการ)

ความต้องการของผู้รับผลงานที่แท้จริงมีทั้งสิ่งที่ผู้รับผลงานแสดงออก (explicit need) สิ่งที่ไม่รู้แต่ไม่แสดงออก (implicit need) และสิ่งที่ตัวผู้รับผลงานเองไม่รู้ จึงต้องอาศัยข้อกำหนดทางวิชาชีพหรือวิชาการมาช่วย

การนำทิศทางนโยบายขององค์กรมาพิจารณาในส่วนที่เกี่ยวข้องด้วยก็เพื่อให้เกิดความสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันทั้งองค์กร (alignment)

ความต้องการและจุดเน้นเหล่านี้จะสามารถสรุปออกมาได้เป็นประเด็นคุณภาพที่สำคัญ ซึ่งเป็น key word สั้นๆ เช่น ประสิทธิภาพ รวดเร็ว เพียงพอ ปลอดภัย

ประเด็นสำคัญเหล่านี้จะถูกแตกย่อยออกไปเป็นประเด็นย่อยต่างๆ ที่ใช้ตรวจสอบความเหมาะสมของวิธีการทำงานและประเมินความสำเร็จได้ เช่น ประสิทธิภาพของบริการซักฟอก อาจจะครอบคลุมเรื่องการใช้น้ำยา อายุใช้งานของผ้า การบำรุงรักษาเครื่องมืออุปกรณ์ การใช้พลังงาน และการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อที่มีผลต่อระบบบำบัดน้ำเสีย

ประเด็นสำคัญเหล่านี้ควรจะเชื่อมโยงกับตัวชี้วัดที่หน่วยงาน/ทีมงานใช้ monitor ตนเอง อาจเรียกได้ว่าเป็นทางลัดในการกำหนดตัวชี้วัด หรือเป็นวิธีการตรวจสอบตัวชี้วัดที่มาจากการจัดทำแผนปฏิบัติการตามหน้าที่และเป้าหมายของหน่วยงาน/บริการ และตัวชี้วัดที่มาจากการวิเคราะห์กระบวนการทำงานอย่างละเอียด

เมื่อแตกย่อยออกไปเป็นแต่ละกระบวนการหรือแต่ละโรค เราสามารถระบุประเด็นสำคัญหรือความเสี่ยงสำคัญ นำมาสู่การกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และออกแบบระบบงาน ในแต่ละกระบวนการหรือแต่ละโรคได้ เป็นเสมือนแผนภูมิหลายๆ แผนซ้อนกันอยู่

ข้อคิดเพื่อการหมุน PDSA ให้เกิดผล

เมื่อถึงวงล้อ PDSA มีข้อคิดที่จะช่วยให้ทีมงานประสบความสำเร็จได้ดีขึ้นดังนี้

Plan/Design (การออกแบบระบบ) ควรใช้หลัก “รู้ความเสี่ยง เลี่ยงความยาก มากคุณค่า” คู่กับ “เป้าหมายชัด วัดผลได้”

“รู้ความเสี่ยง” นั้นต้องรู้ถึงขั้นที่จัดลำดับความสำคัญได้เหมาะสม เพื่อจะได้ไม่เสียเวลากับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่ไม่จำเป็น ไม่เสียเวลาอยู่กับเรื่องพื้ๆ ที่ทุกคนรู้อยู่แล้ว ทำอยู่แล้ว

“เลี่ยงความยาก” คือการใช้หลักความเรียบง่าย ใช้สามัญสำนึก ใช้ความคิดสร้างสรรค์ ไม่ติดรูปแบบ ไม่ติดกรอบ เรียงรู้ความสัมพันธ์ของผู้ทำงานกับสิ่งแวดล้อม/เครื่องมือ และออกแบบเพื่อช่วยให้ทำงานสะดวกโดยไม่ผิดพลาด

“มากคุณค่า” คือการใส่ใจกับสิ่งที่จะทำว่าจะมีคุณประโยชน์ต่อผู้รับผลงานอย่างไร อยากเห็นอะไร จะเกิดสิ่งที่ยากเห็นหรือไม่ และจะทำให้เกิดคุณค่าโดยที่ผู้รับไม่ต้องร้องขอหรือเกิดคุณค่ามากกว่าที่ผู้รับต้องการได้อย่างไร ตัวอย่างเช่นการสอดแทรกแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพหรือการเสริมพลังเข้าในการให้บริการที่ทำอยู่ทุกวัน

“เป้าหมายชัด” ต้องชัดทั้งสิ่งที่อยู่ในกระดาษคือแผนภูมิหลายแห่งนี้ และชัดในใจของคนทำงานทุกเวลานาที หมั่นถามตัวเองว่าทำสิ่งนี้ไปเพื่ออะไร

“วัดผลได้” เมื่อเป้าหมายชัดเจนก็พยายามหาทางวัดการบรรลุเป้าหมาย ซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ก่อนที่จะวัดต้องเข้าใจก่อนว่าสิ่งที่ต้องการหรืออยากเห็นคืออะไร ควรใช้วิธีการเชิงคุณภาพประเมินในภาพรวมก่อน จึงค่อยหาตัวชี้วัดที่เป็นตัวเลขมายืนยัน การออกแบบที่ดีจึงควรคำนึงถึงการวัดและประเมินผลไปควบคู่กัน

Do/Action (การนำไปปฏิบัติ) เป็นสิ่งที่มีความสำคัญสูงมาก แต่มักจะได้รับความสนใจน้อย นำมาบอกเล่าก็ยาก หัวใจสำคัญของเรื่องนี้คือการ “ติดตาม” และ “AAR”

“ติดตาม” อะไร ติดตามทางปัญญาด้วยการสื่อสาร ให้ข้อมูล ฝึกอบรม, ติดตามเพื่อลงมือทำงานด้วยการสนับสนุนทรัพยากร เวลา อำนาจการตัดสินใจ, ติดตามเชิงเฉลิมฉลองด้วยการให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

“AAR” หรือ After Action Review คือการทบทวนหลังเสร็จสิ้นภาระกิจย่อยๆ ทุกครั้งที่เราบรรลุสิ่งที่ตั้งใจไว้หรือไม่ อะไรคือสิ่งดีที่ควรเอาไปใช้ต่อให้มากขึ้น อะไรคือสิ่งที่ควรปรับปรุงในครั้งต่อไป ผ่าตัดผู้ป่วยรายหนึ่งก็ AAR กันในที่มได้ ทำ Grand Round ครั้งหนึ่งก็ AAR ได้ ถ้าทำ AAR เป็นทุกคนจะมีความสุข อยากมาร่วมงานกันอีก แต่ถ้าทำไม่เป็นทุกคนจะเกิดความเครียด มีแต่เรื่องต่อว่าและทะเลาะกัน

Study/Learning หรือการทบทวน ตรวจสอบ ประเมิน เรียนรู้ เป็นหัวใจของการขับเคลื่อนให้วงล้อหมุนต่อไป ถ้าเรียนรู้ไม่เป็นก็หยุดนิ่ง

เรียนรู้จากอะไรบ้าง

1. แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อดึงเอาความรู้จากการปฏิบัติหรือศิลปะในการปฏิบัติงานของแต่ละคนออกมา ให้รู้กันให้มากขึ้น ใช้กันให้มากขึ้น

2. เอาข้อมูลต่างๆ ที่มีการจัดเก็บอยู่แล้วมาวิเคราะห์ แปลความหมาย ทำความเข้าใจ เพื่อพัฒนาระบบการวัดและจุดประกายการพัฒนา

3. ทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพกันจนเป็นวิถีชีวิตปกติประจำ ถามคำถามพื้นฐานที่เราจะตอบสนองผู้รับผลงานของเราให้ดีขึ้นได้อย่างไร ทำให้เพื่อนของเราทำงานง่ายขึ้นอย่างไร ทำให้พรุ่งนี้ดีกว่าวันนี้อย่างไร รับรู้เสียงสะท้อนของผู้รับผลงานทั้งภายนอกและภายใน

4. เรียนรู้ด้วยการตามรอยคุณภาพทางคลินิก

5. ตรวจสอบการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน/ทีมงาน/โรงพยาบาล

6. ประเมินระบบงานในภาพใหญ่ของทั้งโรงพยาบาล ดูว่าไปเกี่ยวข้องกับขั้นตอนใด หน่วยงานใด ระบบงานใด แล้วประเมินระบบงานใด แล้วประเมินภาพทั้งหมด

7. ตรวจสอบระดับการนำมาตรฐานโรงพยาบาลมาสู่การปฏิบัติ โดยใช้ scoring guideline เพื่อให้เห็นโอกาสการยกระดับกระบวนการพัฒนา

Act/Improvement (การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง) เมื่อมีการประเมินและเรียนรู้ ย่อมเห็นโอกาสพัฒนา การพัฒนาที่ดีคือการประสานแนวคิดและเครื่องมือการพัฒนาทุกอย่างมาใช้พร้อมๆ กัน “เป้าหมายชัด วัตถุประสงค์ วัดผลได้ มาช่วยกันดูหลายๆ มุม (multidisciplinary team), รุมดูแลแบบองค์รวม (holistic care), สวมความรู้วิชาการ (evidence-based practice), ใช้ปฏิบัติการณ์มาวิเคราะห์ (RCA from incidence), เจาะหาจุดอ่อนจากข้างเตียงและบันทึก (bedside/medical review) ศึกษาจากผู้เยี่ยมยุทธ์ (benchmarking), จุดประกายความคิดสร้างสรรค์ (creativity)”

วงกลมบนสุดที่เป็นหลักคิดสำคัญ (Core Values & Concepts) นั้น ได้สอดแทรกอยู่ตามองค์ประกอบต่างๆ แล้วโดยใช้คำที่เข้าใจได้ง่ายๆ แทนที่จะเป็นศัพท์ทางวิชาการบริหาร
หวังว่าแผนที่สายทางคุณภาพนี้คงจะช่วยให้ทีมงานต่างๆ เห็นทิศทางในการค้นหา
ชุมทรัพย์ในตัวเองได้ง่ายขึ้น

การเชื่อมต่อระหว่างบันไดแต่ละขั้นสู่ HA⁴

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

กระบวนการ Hospital Accreditation (HA) คือกระบวนการเรียนรู้ เรียนรู้จากการประเมิน/พัฒนาตนเอง และการประเมินจากภายนอก โดยมีเป้าหมายเพื่อให้โรงพยาบาลทำหน้าที่ตามเป้าหมายได้อย่างสมบูรณ์ นั่นคือ การให้บริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย

กระบวนการ HA เป็นการช่วยให้โรงพยาบาลได้ทบทวนตรวจสอบความพร้อมของตนเอง ให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

สิ่งที่โรงพยาบาลปฏิบัติเพื่อให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยคือการหมุนวงล้อของการพัฒนาและการเรียนรู้ในทุกพื้นที่/ระดับ วงล้อดังกล่าวคือ Plan-Do-Study-Act (PDSA) หรือ Design-Action-Learn-Improvement (DALI) ซึ่งหมายถึง การออกแบบระบบงาน - การปฏิบัติตามระบบงานที่ออกแบบไว้ - การควบคุม ติดตาม ประเมินผล เรียนรู้ - การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

การหมุนวงล้อนี้เริ่มต้นตั้งแต่บันไดขั้นที่ 1 ต่อเนื่องไปสู่อันดับที่ 2 และ 3 โดยไม่ได้แยกกันโดยเด็ดขาด

บันไดขั้นที่ 1 สู่ HA

“กิจกรรมหัวหน้าพาทำคุณภาพ” เป็นการฝึกให้เรียนรู้แนวคิดคุณภาพด้วยวิถีธรรมชาติ โดยใช้เหตุการณ์ใกล้ตัวมาเป็น input สำหรับการเรียนรู้ การเรียนรู้นี้จะเกิดประโยชน์ เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นเมื่อฝึกปฏิบัติอยู่ตลอดเวลา แต่ไม่จำเป็นต้องมีรูปแบบตามที่แนะนำไว้ในขั้นฝึกการเรียนรู้

“กิจกรรมหัวหน้าพาทบทวนคุณภาพ” เป็นการสร้างตาข่ายดักจับปัญหาและโอกาสพัฒนาที่มีช่องถี่สูง ซึ่งเมื่อใช้ร่วมกันทุกช่องทางแล้วจะทำให้สามารถดักจับปัญหาส่วนใหญ่ได้นำไปสู่การแก้ไขปรับปรุงระบบที่เป็นช่องโหว่ การตอบสนองต่อการทบทวนจะมีสองระดับ คือ การแก้ไขปัญหาเฉพาะราย ซึ่งดูเหมือนกันตั้งรับปัญหา กับการปรับปรุงระบบเพื่อป้องกันปัญหาในลักษณะเชิงรุก การทบทวนคุณภาพเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะพัฒนาไปถึงขั้นตอนใด เพราะเป็นเครื่องมือสำคัญในการเรียนรู้และทบทวนตนเอง

ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ มีข้อกำหนดเกี่ยวกับการทบทวนคุณภาพไว้ในมาตรฐานตอนที่ II เรื่อง “ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ” ไว้ในส่วนที่เกี่ยวกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยว่า “มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย อย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและค้นหาโอกาสพัฒนา”

⁴ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 6 ฉบับที่ 148 (16-31 ธันวาคม 2548)

บันไดขั้นที่ 2 สู่ HA

คือการวางระบบประกันคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในทุกหน่วยและทุกระบบงานของโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นการกำหนดเป้าหมายของการทำงานและการพัฒนาที่สอดคล้องกับบริบทของตน

ข้อกำหนดที่จะต้องทำความเข้าใจและนำมาปฏิบัติคือ มาตรฐานตอนที่ 1 เรื่อง “การจัดการกระบวนการ”

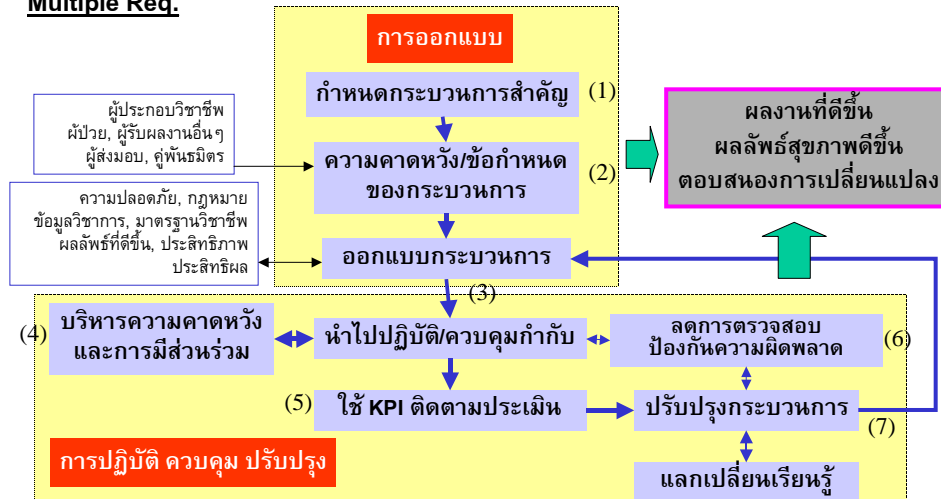
Basic Req.

6.1 การจัดการกระบวนการ

Overall Req.

กระบวนการสำคัญได้รับการออกแบบ ควบคุม ติดตามกำกับ และปรับปรุง เพื่อให้ตอบสนองความต้องการและสร้างคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน และองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ

Multiple Req.



ความต่อเนื่องระหว่างบันไดขั้นที่ 1 กับขั้นที่ 2 จะเกิดขึ้นโดยธรรมชาติ หากการค้นพบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในบันไดขั้นที่ 1 นั้น นำมาสู่การวิเคราะห์ root cause ที่แท้จริง และเกิดการปรับปรุงระบบที่สามารถป้องกันได้อย่างรัดกุมและครอบคลุมองค์ประกอบต่างๆ เพียงพอ

เครื่องมือสำหรับการพัฒนาเชิงระบบสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ควรเริ่มนำมาใช้ตั้งแต่บันไดขั้นที่ 2 คือ clinical tracer ซึ่งทีมจะเลือกเอาสถานะทางคลินิกที่มีความสำคัญ ซึ่งอาจจะเป็น โรค หัตถการ กลุ่มเป้าหมาย มาวิเคราะห์บริบท ประเด็นสำคัญ กำหนดวัตถุประสงค์ของการให้บริการสุขภาพควบคู่กับการกำหนดตัวชี้วัดที่สอดคล้องกัน จากนั้นทบทวนเพื่อเรียนรู้สิ่งดีๆ ที่มีอยู่ และหาโอกาสพัฒนาไปพร้อมกันในประเด็นต่อไปนี้ (1) กระบวนการพัฒนาและเรียนรู้ (2) กระบวนการดูแลผู้รับบริการ (3) การเชื่อมโยงกับระบบงานต่างๆ ที่ควรเข้ามาสนับสนุน (4) ผลการดำเนินงาน

การตามรอยทำให้เกิดการทบทวน ประเมินผล ไตร่ตรอง และเติมเต็มให้กับสิ่งที่มีอยู่
นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวคิด เครื่องมือและวิธีการต่างๆ ร่วมกัน เช่น
การติดตามตัวชี้วัดในประเด็นสำคัญ, ทีมสหสาขาวิชาชีพ, องค์กรรวม, ข้อมูลวิชาการ, ทบทวนข้าม
เตียง, ทบทวนเวชระเบียน, วิเคราะห์ root cause จากอุบัติการณ์, benchmarking, ความคิด
สร้างสรรค์และนวัตกรรม

บันไดขั้นที่ 3 หรือการได้รับ HA

คือการพัฒนาต่อเนื่องจากบันไดขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 โดยทำให้เป็นระบบที่สมบูรณ์มาก
ยิ่งขึ้น มีการเชื่อมโยงระหว่างองค์ประกอบต่างๆ มากขึ้น มีการนำมาตรฐานมาใช้อย่าง
สอดคล้องกับบริบท มีการประเมินผลที่ชัดเจนมากขึ้นและปรับปรุงระบบงานสำคัญต่างๆ อย่าง
ต่อเนื่อง มีการนำค่านิยมและแนวคิดหลักมาใช้จนเกิดวัฒนธรรมคุณภาพ ความปลอดภัย และ
การเรียนรู้ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ สามารถตอบสนองความต้องการและสถานการณ์
ที่เปลี่ยนแปลงไปได้

ภาคปฏิบัติของ HA ที่เป็นแก่นสำคัญ⁵

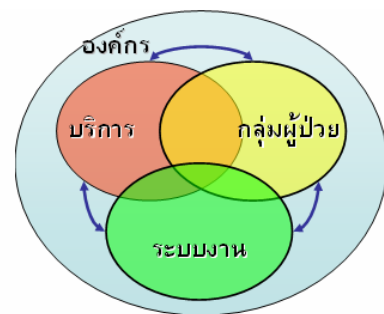
นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ภาพฝันที่จะต้องการฝันร่วมกันคือการทำให้ HA เป็นกระบวนการเรียนรู้ มีใช้การ ตรวจสอบ การรับรองเป็นการให้รางวัลแก่ความเพียรพยายาม และเป็นกลไกจูงใจให้เกิดความร่วมมือ

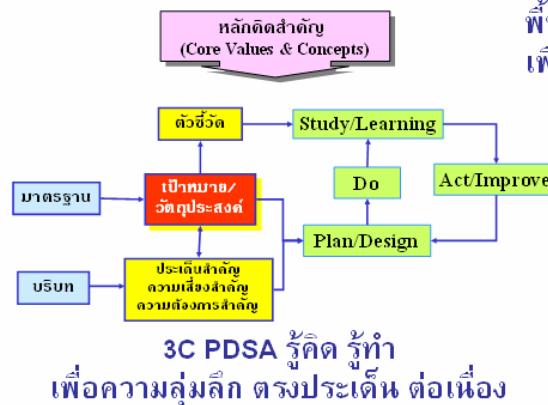
องค์ประกอบสำคัญของกระบวนการ HA คือบันไดสามขั้น พื้นที่พัฒนาสี่วง และ 3C-PDSA



บันได 3 ขั้น ลงทุนน้อยให้ได้มาก
ตรงประเด็น เป็นขั้นตอน



พื้นที่การพัฒนา 4 วง
เพื่อความครอบคลุม



3C PDSA รู้คิด รู้ทำ
เพื่อความลุ่มลึก ตรงประเด็น ต่อเนื่อง

บันไดสามขั้นคืออาจเทียบเคียงได้กับหลักพอเพียง มีกำลังแค่ไหนก็ทำแค่นั้นไปก่อน มีโอกาสเมื่อไรก็เติมเต็มให้สมบูรณ์ขึ้น ทุกขั้นต่อเนื่องไม่ตัดขาดจากกัน ยังมีความชำนาญยิ่งเข้าไปอยู่ในชีวิตประจำวัน กิจกรรมทบทวนคุณภาพที่เริ่มต้นในบันไดขั้นที่ 1 จึงเกิดได้ทุกเวลาเมื่อมีโอกาส หลัก 3P (Purpose-Process-Performance) ซึ่งเป็นหัวใจของบันไดขั้นที่ 2 จึงเกิดได้ในทุกกิจกรรม

พื้นที่พัฒนาสี่วง (หน่วยบริการ ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย องค์กร) คือแนวคิดเพื่อใช้ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของการพัฒนา จากอุบัติการณ์แต่ละครั้งก็สามารถตามไปดูวง

⁵ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 8 ฉบับที่ 195 (15-30 พฤศจิกายน 2550)

ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้ ในแต่ละวงนั้นมีเครื่องมือสำคัญที่จะใช้ประเมินสถานการณ์การพัฒนาและระดับคุณภาพคือการใช้ tracer ได้แก่

(1) ใช้ individual patient tracer ที่ JCI แนะนำ ในการดูคุณภาพของหน่วยบริการต่างๆ

(2) ใช้ system tracer ในการดูคุณภาพของระบบงาน

(3) ใช้ clinical tracer ที่ พรพ.แนะนำ ในการดูคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ อาจกล่าวได้ว่า clinical tracer คือการจัดทำแผนแม่บทในการพัฒนาสำหรับกลุ่มผู้ป่วยซึ่งอาจจะนำไปสู่ OFIIR (Opportunity for Improvement, Innovation, Research)

3C-PDSA คือการเชื่อมต่อกับความคิดสู่การกระทำโดยมีเป้าหมายที่ชัดเจน C-Context เพื่อความตรงประเด็น เหมาะสมกับพื้นที่ C-Core Values เพื่อความลุ่มลึก C-Criteria เพื่อความครอบคลุมเนื้อหา PDSA เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

เพื่อความง่ายในการใช้ C-Criteria หรือมาตรฐาน ควร focus การใช้มาตรฐานที่เป็นภาพรวมของการบริหารจัดการหรือตอนที่ I ของมาตรฐานฉบับเฉลิมพระเกียรติฯ ไปที่ Quality & Safety, Health Promotion และ Learning

ในช่วงเริ่มต้นพัฒนา อาจจะเริ่มจากจุดใดก็ได้ใน 3C-PDSA เมื่อเริ่มแล้วก็ควรจะเชื่อมโยงไปสู่องค์ประกอบส่วนที่เหลืออื่นๆ

ในช่วงที่พัฒนาจนเห็นผลงานแล้ว ควรมาเน้นที่ **S-Study** จึงจะเกิดการเรียนรู้และเกิดแรงขับเคลื่อน S สามารถทำได้โดย Share, Trace, Trigger, Research, Reflection

Share คือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นการนำแนวคิดการจัดการความรู้ (KM) มาใช้ในชีวิตประจำวัน

Trace คือการตามไปดูของจริง ดูในสถานที่จริง ตามหลัก Genba Genbutsu ของญี่ปุ่น

Triggered Chart Review คือการใช้ trigger มาคัดกรองเวชระเบียนเพื่อนำมาทบทวนหาเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้องให้รัดกุมยิ่งขึ้น

Research คือการนำแนวคิดการวิจัยมาใช้ในการประเมินผลอย่างเป็นระบบ ยิ่งทำให้กว้างขวาง ครอบคลุมประเด็นสำคัญในมาตรฐานต่างๆ ได้มากเท่าไรก็ยิ่งดี จะทำอย่างนั้นได้ต้องปรับระเบียบวิธีการวิจัยประเมินผลให้เรียบง่าย เก็บข้อมูลน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น อาจเรียกว่าเป็น mini-research หรือไม่ต้องเรียกว่าเป็นการวิจัย แต่ใช้หลักการวิจัยมาประยุกต์

Reflection หรือการไตร่ตรองใคร่ครวญ ทบทวน ประมวลข้อมูลทั้งหมดที่รับรู้ได้ ทำความเข้าใจกับคุณค่าที่เกิดขึ้น และความรู้สึกของผู้คนที่เกี่ยวข้อง เพื่อจุดพลังที่จะก้าวต่อไป

A - Act การพัฒนาที่ตรงประเด็น เจาะถึง root cause ที่สุด ตรงประเด็นที่สุด ควรนำหลักการของ Human Factor Engineering มาใช้ นั่นคือพิจารณาทั้งปัจจัยด้านจิตวิทยาของผู้ปฏิบัติงาน ควบคู่กับเทคโนโลยีและการออกแบบเพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติงาน

Core Values ทุกตัวมีความสำคัญ ที่ควรทำความเข้าใจและนำไปปฏิบัติให้ลึกซึ้งคือ
แนวคิดเรื่อง patient & customer focus ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่เรื่อง patient safety ไปจนถึง
humanized healthcare

ถ้าทีมงานของโรงพยาบาลเข้าใจหลักคิดข้างต้นทั้งหมด การพัฒนาคุณภาพจะมี
ความสุข การเยี่ยมสำรวจจะมีความสุข

พูดด้วยภาษาง่าย ๆ⁶

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

การสื่อสาร เป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการทำงาน เพื่อให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน เข้าใจความคิดของทีมงาน เข้าใจความคิดของผู้บริหาร เข้าใจความคิดในเชิงหลักการ

เมื่อทำงานไประยะหนึ่ง จะเกิดคำศัพท์เฉพาะในแต่ละด้านขึ้น เพื่อให้ผู้ที่ทำงานในด้านนั้นสามารถสื่อสารกันได้สะดวกขึ้น คำศัพท์หนึ่งคำอาจจะช่วยลดความจำเป็นที่จะต้องอธิบายยาวๆ ได้ การใช้คำศัพท์เฉพาะอาจจะช่วยสังเคราะห์กรอบความคิดในภาพรวมได้ง่ายขึ้น

อย่างไรก็ตาม เมื่อถึงจุดหนึ่ง อาจจะมีการใช้คำศัพท์เฉพาะกันมากเกินไปจนเกินไป หรือนำไปใช้อย่างไม่เหมาะสมกับผู้รับฟัง ทำให้การสื่อสารเป็นปัญหา แทนที่จะเข้าใจกันง่ายขึ้น กลับเกิดความยุ่งยากหรือไม่เข้าใจกัน

การพัฒนาคุณภาพก็เป็นกิจกรรมหนึ่งที่มีโอกาสเกิดปัญหาการสื่อสารได้มาก สาเหตุหนึ่งมาจากการที่เรื่องคุณภาพเป็นเรื่องที่ได้รับความสนใจจากทุกวงการ มีการพัฒนาแนวคิดต่างๆ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการประยุกต์หลักการความรู้ในสาขาต่างๆ มาใช้อย่างกว้างขวาง การที่เราจะติดตามแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง จึงจำเป็นต้องเข้าใจคำศัพท์เฉพาะทางด้านคุณภาพที่ซับซ้อนๆ ใบบ้าง และถ้าจะให้ดียิ่งขึ้นก็คือการที่สามารถเชื่อมโยงคำศัพท์เฉพาะต่างๆ ที่ใกล้เคียงกันเข้าด้วยกัน

ถามว่าจำเป็นหรือไม่ที่ทุกคนจะต้องรู้คำศัพท์เฉพาะเหล่านี้ คำตอบคือการพัฒนาส่วนใหญ่สามารถทำได้โดยไม่จำเป็นต้องรู้คำศัพท์เฉพาะด้านคุณภาพ ขอเพียงเข้าใจเป้าหมายของงานที่รับผิดชอบ ใส่ใจกับรายละเอียดในขั้นตอนการทำงานต่างๆ และเรียนรู้ว่าผลงานของตนออกมาเป็นอย่างไร

อาจจะมีคนกลุ่มหนึ่งซึ่งมีหน้าที่ในการวางทิศทางทางการพัฒนาขององค์กร ที่จำเป็นต้องเข้าใจคำศัพท์เฉพาะทางด้านคุณภาพ เมื่อเข้าใจและกำหนดทิศทางแล้ว ก็สื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจด้วยภาษาง่ายๆ อันนี้เป็นทักษะสำคัญและจำเป็นเพื่อความสำเร็จ เพื่อไม่ให้ภาษากลายเป็นอุปสรรคของการพัฒนาโดยที่ไม่ควรจะเป็น

บางครั้งเราพบว่าการใช้คำที่เป็น key word หรือวลีที่คล้องจอง อาจจะทำให้จดจำได้ง่ายขึ้น เช่น เป้าหมาย รายละเอียด ผลงาน ถ้ายังหาคำที่ขึ้นต้นด้วยตัวอักษรเดียวกันก็จะยิ่งทำให้จดจำง่ายขึ้น กลายเป็น purpose, process, performance ซึ่งอาจจะเรียกเล่นๆ ว่า 3P ซึ่งแต่ละตัวสามารถขยายความออกไปได้อีก

Purpose หรือเป้าหมายของงาน ไม่ว่าจะในระดับใด คือการบอกว่าทำไมต้องมีเราหรือทำไมเราต้องทำงานนั้น ซึ่งจะระบุถึงงานหลักๆ ที่ต้องทำ รวมทั้งคุณลักษณะกว้างๆ ที่พึงประสงค์ของงานที่เราจะทำนั้น คุณลักษณะเหล่านี้อาจจะมาจากความต้องการของผู้รับผลงาน

⁶ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 8 ฉบับที่ 175 (1-15 กุมภาพันธ์ 2550)

ข้อกำหนดทางวิชาชีพหรือข้อมูลวิชาการ และทิศทางนโยบายของผู้ที่อยู่เหนือเราขึ้นไป
คุณลักษณะเหล่านี้ควรจะสามารถวัดผลออกมาในภาพรวมได้

เป้าหมายของงานหรือโครงสร้างเพื่อการทำงานนี้เราอาจจะเรียกว่า พันธกิจ (mission)
ซึ่งโดยทั่วไปมักจะนิยมใช้กับระดับองค์กร

Process หรือรายละเอียดในขั้นตอนการทำงานต่างๆ มีสิ่ง值得พิจารณาได้แก่ 1)
อะไรคือขั้นตอนหรือกระบวนการทำงานที่มีความสำคัญสูง (key process) หรือก่อให้เกิดคุณค่า
(value creation process) 2) ขั้นตอนหรือกระบวนการเหล่านั้นมีเป้าหมายอะไร 3)
คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของขั้นตอนหรือกระบวนการเหล่านั้นได้แก่อะไรบ้าง (process
requirement) 4) เราออกแบบวิธีการทำงานอย่างไรเพื่อบรรลุเป้าหมายหรือคุณลักษณะที่พึง
ประสงค์ 5) เราจะใช้ข้อมูลอะไรเพื่อพิจารณาว่างานของเราบรรลุเป้าหมายหรือคุณลักษณะที่พึง
ประสงค์ของกระบวนการเหล่านั้น (performance indicator)

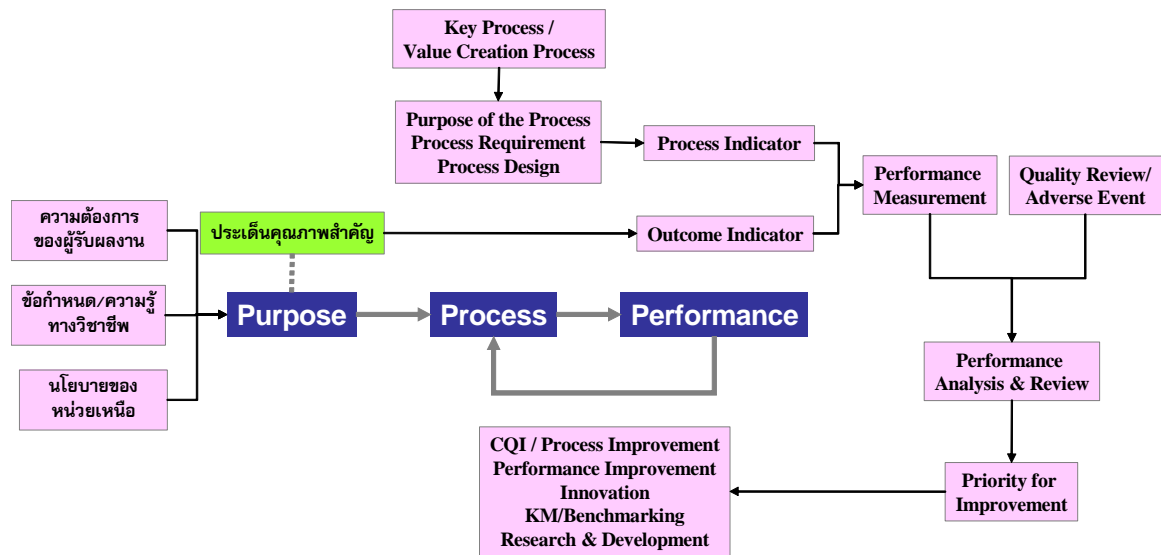
Performance หรือผลการดำเนินงาน ที่เราจะนำมาพิจารณาเพื่อสะท้อนคุณภาพการ
ทำงานของเรา อาจจะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่เรารู้จักกันดีในชื่อ indicator หรืออาจจะเป็นข้อมูล
เชิงพรรณนา เช่น ลักษณะการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ การทบทวนผลงานในเชิง
พรรณนา เป็นต้น ที่สำคัญก็คือต้องนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์เพื่อกำหนดประเด็นสำคัญที่
จะต้องพัฒนาต่อไป

ทั้งหมดที่กล่าวมาคือหัวใจของการพัฒนาที่เป็นแก่นที่สุด เป็นขั้นต่ำที่สุดที่จะต้องรู้และ
เข้าใจ จากนั้น จะนำแนวคิดต่างๆ มาเชื่อมต่อ หรือจะขยายความแต่ละเรื่องไปอย่างไรก็สามารถ
ทำได้

เป็นความท้าทายของผู้รับผิดชอบงานคุณภาพว่าจะสื่อสารกับผู้อื่นในองค์กรอย่างไร

เป็นความท้าทายของทีมงานต่างๆ ในโรงพยาบาล ที่จะทำความเข้าใจกับหลักการ
พื้นฐานข้างต้น และนำไปเชื่อมต่อกับงานที่ทำอยู่เดิม และเชื่อมต่อกับความเข้าใจของแต่ละคน
อย่างไร

บางท่านอาจจะชอบแผนภูมิ บางท่านอาจจะไม่ชอบ แผนภูมิจากข้างล่างนี้จึงเป็นเครื่อง
ทดสอบว่าท่านเป็นผู้ที่ชอบหรือไม่ชอบแผนภูมิ



Competency กับ Core Values⁷

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

competency เป็นเครื่องมือการบริหารทรัพยากรมนุษย์ที่ยังคงมาแรงในทุกวงการ เมื่อเร็วๆ นี้ ทาง พรพ.ได้รับเกียรติจาก ดร.จิระประภา อัครบวร จาก NIDA มาเป็นวิทยากรในเรื่องนี้ ท่านให้ความหมายว่า competency คือคุณลักษณะที่พึงประสงค์ในตำแหน่งงานของแต่ละองค์กร เป็นเหมือน foundation ที่เอาไปใช้ในการสรรหา พัฒนา เลื่อนตำแหน่ง

competency เพิ่มคุณค่าให้กับคนและองค์กร เพราะเมื่อเกิดเหตุการณ์คับขัน (critical incident) พฤติกรรมของคนจะโดดเด่นขึ้นมาอย่างชัดเจน ในงานที่ง่าย แยกไม่ออกว่าคนเก่งกับคนไม่เก่งต่างกันอย่างไร ในงานที่มีการใช้ทักษะมากขึ้น ความกดดันในงานจะเริ่มดึงศักยภาพของคนเก่งที่หลบซ่อนออกมา และในงานปราบเซียน คนเก่งจะทำได้ดีกว่าอย่างชัดเจน การกำหนด competency จึงควรพิจารณาว่าเมื่อเราต้องการ competency อะไรสำหรับงานยากๆ หรือเหตุการณ์คับขัน มากกว่าที่จะกำหนดจาก job description โดยทั่วไป

องค์กรที่มีการนำ competency มาใช้ในการพัฒนาคน จะประสบความสำเร็จสูงกว่า ในทางธุรกิจจะเห็นชัดเจนคือการสร้างผลกำไรได้มากกว่า แต่สำหรับองค์กรภาครัฐ เกิดคำถามขึ้นมาว่าจะวัดความสำเร็จขององค์กร หรือวัดความสำเร็จของการนำ competency มาใช้ได้

อย่างไร

องค์กรที่จะประสบความสำเร็จในการนำ competency มาใช้ ต้องใช้ควบคู่กับ KPI KPI ขององค์กร คือเป้าหมาย คือโจทย์ คือสิ่งที่ต้องการบรรลุ competency คืออาวุธหรือวิธีการเพื่อบรรลุเป้าหมาย เพื่อตอบโจทย์

ถ้ามี KPI แต่ไม่มี competency ก็เหมือนมีเป้าแต่ไม่มีอาวุธ มี competency โดยไม่มี KPI ก็ไม่รู้ว่าจะใช้ไปเพื่อตอบโจทย์อะไร เมื่อโจทย์เปลี่ยน competency ก็ต้องเปลี่ยนไปด้วย competency ไม่ใช่เรื่องเฉพาะความรู้และทักษะ แต่ครอบคลุมไปถึงบทบาททางสังคม (social role) ภาพลักษณ์ของตนเอง (self-image) บุคลิกภาพ (trait) และแรงจูงใจ (motive)

มีการแบ่ง competency เป็นสามประเภทตามลักษณะการใช้ประโยชน์

1. Core competency เพื่อหล่อหลอมให้เกิดวัฒนธรรมที่องค์กรต้องการ
2. Managerial competency เพื่อมุ่งเน้นการจัดการงานให้สำเร็จ เป็นสิ่งที่บุคลากรทุกคนต้องมี ระดับปฏิบัติก็ต้องมีเพื่อจัดการกับงานของตนเอง ระดับผู้บริหารก็ต้องมีมากขึ้นเพื่อจัดการให้งานของหน่วยและองค์กรประสบความสำเร็จ
3. Technical competency เพื่อให้มั่นใจว่ามีความรู้และทักษะในงานที่ต้องทำ

⁷ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 7 ฉบับที่ 149 (1-15 มกราคม 2549)

หลังการประชุม มีผู้เข้าประชุมเสนอให้ พรพ.ช่วยบูรณาการ competency & core values ให้นำไปใช้ได้เป็นรูปธรรมในหน่วยงานด้านสาธารณสุขซึ่งมีแรงจูงใจในการทำงานที่ต่างจากหน่วยงานในภาคเอกชน บางท่านเสนอว่า พรพ. น่าจะกำหนดว่าโรงพยาบาลและทรัพยากรบุคคลทุกคนของโรงพยาบาลที่ผ่านมาตรฐาน HA-HPH จะต้องมีการ core competency ตัวใดบ้าง

ผมก็ตอบไปว่า competency เป็นเรื่องของกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ที่จะเอาประสบการณ์จริงและเป้าหมายขององค์กรมาเป็นตัวกำหนด competency เรื่อง competency นี้เป็นเรื่องเฉพาะของแต่ละองค์กร ซึ่งการมี list ของ competency เพื่อช่วยให้องค์กรคัดเลือกก็จะช่วยให้องค์กรทำงานได้ง่ายขึ้น

และได้ขยายความต่อไปอีกว่า ถ้าจะทำเรื่องนี้ควรทำด้วยความเข้าใจและมีเป้าหมายเพื่อองค์กร HA เป็นเพียงเครื่องมือเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว ผมไม่อยากจะเห็นพวกเราหลงทางจึงพยายามกระตุ้นว่า ทุกเรื่อง (ไม่เฉพาะเรื่อง competency) อย่าทำเพียงเพื่อให้ผ่าน HA เพราะถ้าตั้งเป้าหมายสั้น คำถามและวิธีคิดของเราจะสั้น คือถามแค่ว่า HA จะเอาอะไร แต่ถ้าทำเพื่อเป้าหมายขององค์กร เราจะถามว่าองค์กรของเราต้องการอะไร แล้วกระบวนการเยี่ยมสำรวจก็จะทำให้เราเห็นตัวเองได้ชัดเจนยิ่งขึ้นว่าที่ตั้งใจไว้นั้น บรรลุเป้าหมายหรือไม่

สมาชิกได้แลกเปลี่ยนกันต่อไปว่า หลังจาก รพ.ได้รับการประเมิน HA / HPH แล้ว จึงมีการนำเรื่อง core values ของ HA ที่มี 5 หมวด 17 ตัว มาพูดคุยกัน พบว่าไม่ได้เป็นเรื่องยากนัก กลับทำให้สมาชิกมีจุด focus ตรงกัน และมีแนวคิดขยายออกไปในทิศทางที่ดีกว้างขึ้น คล้ายๆ กับมีถนนให้เราเดิน

มีการแลกเปลี่ยนกันต่อไปอีกว่า ถ้าเอา core values ของ HA 5 หมวด 17 ตัวมาทำ matrix กับ competency model ของ ก.พ. จะเห็นว่าไปกันได้หลายตัว เช่น team work (ซึ่งอ.จิระประภาเสนอว่าเมื่อนำมากำหนด competency น่าจะใช้เป็น team spirit) บางตัวอาจจะเรียกชื่อไม่เหมือนกันแต่เนื้อหาและเจตนารมณ์ตรงกัน เช่น ethics & professional practice กับ integrity

และสมาชิกก็ฟันธงว่า การพัฒนาทรัพยากรบุคคลในเรื่องของ core values โดยใช้ระบบ competency เป็นเครื่องมือ นับว่าเหมาะสมและน่าจะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด

ผมก็เลยขอสรุปต่อท้ายดังนี้ครับ

1. core values คืออุดมการณ์ขององค์กร เป็นสิ่งที่ผู้บริหารกำหนดขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจและกรอบพฤติกรรมสำหรับคนในองค์กร ซึ่งจะต้องใช้เวลาในการค่อยสั่งสมให้เกิดขึ้นมา จนในที่สุด กลายเป็น DNA ขององค์กร

2. competency เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการ เพื่อให้ได้คนที่มีคุณลักษณะที่องค์กรต้องการ เป็นเหมือนการถ่ายทอดจาก DNA ผ่าน mRNA ออกมาสร้างการเปลี่ยนแปลง

3. สิ่งที่กำหนดไว้ใน core values ของ HA จึงสามารถใช้เป็นตัวเลือกในการกำหนด core competency (ร่วมกับตัวเลือกอื่นๆ) ตามแต่ลักษณะการเกิด critical incident การเลือกสรรและการเขียน dictionary หรือความหมายของ competency ของแต่ละองค์กรจึงต้องพยายามทำให้สอดคล้องกับบริบทขององค์กร

4. ในหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐ core values เรื่อง patient/customer focus, focus on health, community responsibility, focus on result, management by fact, continuous improvement, learning & empowerment จะช่วยให้หน่วยงานต่างๆ ทำงานกับชุมชนในเชิงรุก ใช้ข้อมูลปัญหาของพื้นที่มาเป็นตัวกำหนด มีการติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้บรรลุเป้าหมายคือ สุขภาพของชุมชน ถ้าหน่วยงานพบว่ายังทำได้ไม่ดีเพราะขาด competency ในเรื่องใดมาก ก็กำหนด competency ตัวนั้นขึ้นมาเป็นจุดเน้นในการพัฒนาคน DNA ขององค์กรก็จะสามารถทำงานได้ตามที่ตั้งใจไว้

ยอดเขา บริบท ระบาดวิทยา⁸

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

งานประจำมาก จะทำงานคุณภาพได้อย่างไร

ถ้าคิดให้เป็นปัญหา ก็จะเป็นปัญหาที่แก้ไขไม่ได้อยู่ร่ำไป ถ้าคิดหาทางออก มักจะพบทางออก รอคอยอยู่เสมอ

เมื่อมีงานมากก็ต้องเลือกทำในสิ่งที่มีความสำคัญสูง สิ่งที่มีผลกระทบสูง ละเว้นทำในสิ่งที่เกิดประโยชน์น้อยกว่า หรือรอเอาไว้ทำทีหลังเมื่อมีโอกาส

การมองหาสิ่งที่สำคัญที่สุด หรือในที่นี่จะเรียกว่ายอดเขา จะช่วยให้เรา focus ไปในบางจุดที่จำเป็นต้องทำอย่างยั้ง ทำให้เราเห็นความต้องการหรือความท้าทายได้ชัดเจน และมักจะเห็นทางออกที่ชัดเจนตามมา

ตัวอย่าง ที่ห้องฉุกเฉิน ถ้ามว่าผู้ป่วยกลุ่มใดมีความสำคัญมากที่สุด อาจจะมีผู้ป่วยที่มีความสำคัญหลายกลุ่ม แต่ลองเลือกมาสักกลุ่มหนึ่งก่อน คำตอบแรกอาจจะเป็นคำตอบกว้างๆ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยล่าช้า ก็ถามต่อว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยล่าช้ามีโรคอะไรบ้าง โรคใดที่มีความสำคัญสูง อาจจะได้คำตอบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ถ้าเป็นที่โรงพยาบาลชุมชนก็จะเกิดคำถามต่อไปว่า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจนั้นส่วนใหญ่เรารักษาเองหรือต้องส่งต่อ เมื่อคำตอบว่าส่วนใหญ่เราต้องส่งต่อ ประเด็นสำคัญก็คือการพิจารณาว่าทำอะไรจะให้การวินิจฉัยและส่งต่อให้เร็วที่สุด

นี่คือคุณภาพของห้องฉุกเฉินที่ต้องใส่ใจ เป็นเรื่องที่มีความสำคัญสูง และเป็นเรื่องที่สอดคล้องกับบริบทของตนเอง ประเด็นสำคัญของห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาลชุมชนย่อมแตกต่างจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่สามารถให้การรักษาได้มากกว่า ซึ่งจะต้องให้ความสำคัญกับการให้ยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็ว หรือการพิจารณาส่งต่อไปทำหัตถการที่จำเป็น

การมองหายอดเขา ทำให้เกิดการพัฒนาที่สอดคล้องกับบริบทของตนเอง

ในการมองหายอดเขานั้น บางครั้งการใช้คำถามของระบาดวิทยา อาจจะช่วยให้มองเห็นยอดเขาได้ง่ายขึ้น นั่นคือการถามว่า “ใคร” “ที่ไหน” “เมื่อไร”

เมื่อพูดถึงเรื่องระบบนิเทศทางการแพทย์ หากจะมองหายอดเขาเพื่อให้สามารถทำงานที่มีคุณค่าสูง โดยใช้พลังให้น้อยที่สุด อาจจะมีคำถามว่า “ใครคือกลุ่มคนที่ต้องการการนิเทศมากที่สุด” “พื้นที่ปฏิบัติงานใดที่ต้องการการนิเทศมากที่สุด” “ช่วงเวลาใดของการปฏิบัติงานที่ต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด”

คำถามเจาะในลักษณะนี้ทำให้กำหนดวิธีการทำงานได้ง่ายขึ้น เช่น ได้คำตอบว่า กลุ่มพยาบาลที่จบมาไม่เกินหนึ่งปีซึ่งต้องรับหน้าที่เป็นหัวหน้าเวร ในช่วงเวรบาย-ดึก เป็นช่วงที่

⁸ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 7 ฉบับที่ 156 (16-31 เมษายน 2549)

ต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด น่าจะทำให้เห็นแนวทางได้ชัดเจนว่าจะมีระบบการนิเทศที่ มุ่งเน้นไปตรงจุดนี้อย่างไร

เมื่อจัดการกับยอดเขาแล้ว ส่วนที่เหลือจะทำอย่างไร

การจัดการกับยอดเขา มักจะก่อให้เกิดผลต่อส่วนอื่นๆ ตามมา ไม่ว่าจะโดยตั้งใจหรือไม่ ก็ตาม เพราะเราไปจัดการกับส่วนที่สำคัญที่สุด ส่วนที่ยากที่สุด ส่วนที่เห็นชัดที่สุด อย่างน้อย จะต้องมีคนมองเห็น มีคนชื่นชม มีคนเลียนแบบ อยู่บ้างในระดับหนึ่ง ซึ่งหากมีโอกาสเราก็ สามารถไปตามเก็บให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นโดยไม่ยาก

แต่หากใช้เวลาส่วนใหญ่จัดการกับเชิงเขาจนหมดแรง ก็จะไม่มีโอกาสจัดการกับส่วนที่ อยู่ยอดเขาได้

การวางแผนจำหน่ายกับ FMEA⁹

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

เตรียมจำหน่ายผู้ป่วยกับวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นคนละเรื่อง แต่มักจะเกิดความเข้าใจผิดว่าเป็นเรื่องเดียวกัน

เตรียมจำหน่ายผู้ป่วย คือการปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ เมื่อแพทย์สั่งจำหน่าย มักจะเป็นการกระทำในวันสุดท้ายหรือก่อนสุดท้ายของการอยู่โรงพยาบาล

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย คือการประเมินและวางแผนว่าจะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยสามารถออกจากโรงพยาบาลได้เร็วที่สุด มีความพร้อมที่จะดูแลตนเองหรือจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นเมื่ออยู่ที่บ้าน

มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในโรงพยาบาลและทีมงานจำนวนมาก ว่าการวางแผนจำหน่ายกับการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเป็นเรื่องเดียวกัน

ความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายจึงอยู่ที่การคาดการณ์ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย การคาดการณ์ที่ดีคือการคาดการณ์ในทางร้ายเอาไว้ก่อน จะทำให้สามารถเตรียมตัวได้พร้อมมากที่สุด

ผู้ที่ศึกษาแบบแผนการวางแผนจำหน่ายจากบางประเทศที่ถูกระบบประกันสุขภาพชักนำให้เน้นการลดวันนอนและลดค่าใช้จ่าย อาจจะถูก mislead ในเรื่องเป้าหมายของการวางแผนจำหน่ายและละเลยที่จะค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

การคาดการณ์ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย ใช้แนวคิดเดียวกับ FMEA (Failure Mode and Effect Analysis) เพียงแต่ไม่ต้องวิเคราะห์โอกาสและผลกระทบอย่างละเอียดเหมือนกับ FMEA

FMEA มีที่มามีจากการออกแบบในเชิงวิศวกรรม ซึ่งวิศวกรจะต้องพยากรณ์ว่าในการออกแบบประดิษฐ์กรรมหรือระบบงานสักอย่างหนึ่งนั้น มีโอกาสที่จะเกิดความล้มเหลวหรือข้อผิดพลาดในการใช้งาน (failure mode) อะไรบ้าง มีโอกาสเกิดมากน้อยเพียงใด และจะเกิดผลกระทบรุนแรงแค่ไหน ก็จะเห็นลำดับความสำคัญของ failure mode จากนั้นจึงมาวิเคราะห์ว่า failure mode นั้นเกี่ยวข้องกับกระบวนการใดบ้าง จะต้องออกแบบกระบวนการนั้นให้รัดกุมเพื่อป้องกันความล้มเหลวหรือข้อผิดพลาดอย่างไร

การวางแผนจำหน่ายก็มีแนวคิดและขั้นตอนในทำนองเดียวกัน

ผู้ป่วยแต่ละรายมีความต้องการหรือมีโอกาสเกิดปัญหาในการดูแลตนเองแตกต่างกัน เราสามารถวิเคราะห์ได้หรือไม่ว่าระดับความต้องการของแต่ละคนเป็นอย่างไร ใครมีที่จำเป็นจริงๆ ใครที่มีความจำเป็นรองลงมา

⁹ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 7 ฉบับที่ 168 (15-31 ตุลาคม 2549)

ในผู้ป่วยที่เราจะวางแผนจำหน่าย มีโอกาสประสบปัญหาอะไรบ้าง ปัญหาใดเป็นปัญหาสำคัญที่สุด เพื่อเตรียมพร้อมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวสำหรับรองรับปัญหานั้น มีกระบวนการอะไรบ้างที่จะช่วย

ถึงตรงนี้ สูตร METHOD ก็อาจจะเข้ามาช่วย

METHOD คือตัวย่อให้นึกถึง Medication - Environment/Economic - Treatment - Health - Outpatient referral - Diet

เข้ามาช่วยหลังจากที่เราวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว มิใช่เป็นจุดตั้งต้นหรือสูตรสำเร็จของการวางแผนจำหน่ายเหมือนกับที่ปฏิบัติกันอยู่อย่างไม่เข้าใจ

อาจกล่าวได้ว่า การออกแบบฟอร์มเพื่อให้ทีมงานกรอกข้อมูลตามหัวข้อ METHOD มีโอกาสนำไปสู่ความล้มเหลวของการวางแผนจำหน่าย หากไม่เน้นการวิเคราะห์ว่า failure mode ของผู้ป่วยรายนี้คืออะไร

ตัวอย่างผู้ป่วยเด็กเป็นวัณโรคกระดูกสันหลัง ได้รับการผ่าตัดและใส่เฝือกลำตัวไว้ พร้อมทั้งวางแผนที่จะให้ผู้ป่วยกินยารักษาวัณโรคต่ออีก 6 เดือน พ่อแม่ของเด็กทำงานก่อสร้าง ซึ่งมีการย้ายสถานที่ก่อสร้างไปเรื่อยๆ หรืออาจจะมีการเปลี่ยนนายจ้าง

Failure mode สำคัญในผู้ป่วยรายนี้คือการที่ผู้ป่วยจะไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และความยากลำบากในการ follow up เมื่อเข้าใจ failure mode ชัดเจน ก็จะเห็นแนวทางว่าจะต้องเตรียมการอย่างไรเพื่อป้องกัน failure mode ดังกล่าว ซึ่งอาจจะต้องถึงขั้นที่ไปสร้างความสัมพันธ์กับนายจ้างเพื่อให้สามารถติดตามพ่อแม่ของเด็กรายนี้ได้

M ในผู้ป่วยรายนี้จึงไม่เพียงการสอนว่าจะให้กินยาอย่างไร แต่ต้องคิดว่าเราจะติดตามให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่องได้อย่างไร

หากทีมงานต้องกังวลกับการกรอกแบบฟอร์มให้ครบตามที่ออกแบบไว้ จะมองไม่เห็น failure mode ของผู้ป่วยแต่ละราย

รองบริหาร กับการคุณภาพ¹⁰

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

คุณภาพ อาจะเกิดจากการใช้มุมมองต่าง ๆ เป็นตัวจุดประกาย เครื่องมือหรือมุมมองด้านหนึ่งที่ใช้ได้ผลกับงานบางงาน อาจจะไม่ได้อีกประเภทหนึ่ง

การแสวงหามุมมองใหม่ ๆ เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นของคุณภาพ จึงมีความจำเป็นเพื่อให้เกิดความสมดุล และใช้ประโยชน์ได้กับความหลากหลายในโรงพยาบาล

เราอาจจะเริ่มต้นจากหลักคิดพื้นฐาน คือ “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยัน ทบสวน”

หลักคิดทั้งสามข้อ สามารถบูรณาการอยู่ในขณะเดียวกันหรือกิจกรรมเดียวกันได้ ขอยกตัวอย่างการเริ่มต้นงานคุณภาพในความรับผิดชอบของรองบริหาร เพราะมักจะได้รับคำถามบ่อย ๆ ว่างานด้านบริหารจะต้องทำอะไรบ้าง

คำแนะนำที่อาจจะฟังดูแปลกออกไปก็คือ อย่าเพิ่งเริ่มต้นด้วยเอกสารการประเมินตนเอง แต่ให้เริ่มด้วยการเข้าไปในสถานที่จริง ซึ่งเป็นสิ่งที่ท่านคุ้นเคยอยู่แล้ว เพียงแต่เข้าไปด้วยการตั้งประเด็นหรือค้นหาประเด็นบางอย่าง

ความรับผิดชอบของรองบริหารด้านหนึ่งคือการดูแลโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมให้ส่วนต่างๆ ของโรงพยาบาลสามารถทำหน้าที่อย่างได้ผล มีประสิทธิภาพ ทุกจุดในโรงพยาบาล จึงไม่พ้นความรับผิดชอบของรองบริหาร

HA เคยให้แนวทางการทำงานสำหรับบทบาทของ Patient Care Team ไว้ง่าย ๆ ว่า “หาโอกาส จัดทีมทำ ติดตามผล” แนวทางนี้ก็สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับงานของรองบริหาร เช่นเดียวกัน

การเข้าไปในสถานที่จริงคือการหาโอกาสพัฒนา รองบริหารอาจจะเข้าไปคนเดียว หรือมีผู้ช่วยไปช่วยจับบันทึก หรือไปร่วมกับหัวหน้าพยาบาลซึ่งเป็นลูกค้ำคนสำคัญ หรือทีมงานของรองบริหาร หรืออื่นๆ แล้วแต่จะทดลองทำ จะใช้ช่วงเวลาใด จะมีความถี่เท่าไร ขึ้นอยู่กับการทดลองทำว่าวิธีใดเป็นประโยชน์ที่สุด

เมื่อเข้าไป ณ ที่จุดใดจุดหนึ่งแล้ว คำถามแรกเพื่อการพัฒนาโอกาสพัฒนา คือการถามกับตนเองว่า “ประเด็นคุณภาพและความเสี่ยงที่สำคัญของที่นี่คืออะไร” หรือคำถามในกลุ่มเดียวกันในทำนองเดียวกัน

คำตอบที่ต้องการคือ key word ไม่กี่ตัว เช่น เมื่อเข้าไปที่ห้องน้ำ จะได้คำตอบว่า ประเด็นคุณภาพของห้องน้ำคือ สะอาด นำใช้ แห้ง พอเพียง ไม่มีกลิ่น เมื่อไปที่ที่พักรักษา

¹⁰ ตีพิมพ์ใน QUALITY CARE ปีที่10 ฉบับที่ 3 (92) พฤษภาคม -มิถุนายน 2550

อาจจะได้คำตอบว่า เป็นระเบียบ ไม่น่ารังเกียจ ไม่ปะปน ไม่ปนเปื้อน ไม่มีกลิ่น แต่นี่ก็เพียงพอสำหรับการเริ่มต้น

บางครั้งเราอาจจะต้องถามถึง “ที่มา” และ “ที่ไป” ของเรื่องนั้นๆ เพื่อให้สามารถจัดการกับทั้งระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ท่อที่เป็นทางออกของอากาศที่ถูกดูดออกมา มาจากไหน มีการปนเปื้อนของเชื้อโรคหรือไม่ หรือ น้ำที่ใช้ล้างผ้าเปื้อนในโรงซักฟอกไหลไปยังที่ไหน

คำถามเหล่านี้เกิดจาก common sense และจิตใจที่รับผิดชอบในหน้าที่ ศ.นพ.ประเวศ วะสีกล่าวว่า อย่าตั้งต้นด้วยความรู้ เพราะความรู้จะทำให้กลัว ขอให้เริ่มด้วยหัวใจ แล้วความรู้ทั้งหลายจะตามมาเอง

คำถามต่อมาก็คือ “ใครควรจะเป็นผู้รับผิดชอบในเรื่องนี้” ทั้งในภาพรวมของทั้งโรงพยาบาล และที่ตรงตำแหน่งนี้ จากนั้นก็อาศัยภาวะผู้นำของท่านรองบริหาร ในการทำความเข้าใจถึงเป้าหมาย การปรับปรุงกระบวนการทำงาน และการวัดหรือประเมินการบรรลุเป้าหมายกับผู้รับผิดชอบนั้น จะใช้ศาสตร์การบริหารทั้งหลายที่ร่ำเรียนมาก็สามารถใช้ได้เต็มที่ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการจูงใจ การเสริมพลัง การใช้ความคิดสร้างสรรค์

คำถามสุดท้ายที่จะขับเคลื่อนให้เรื่องนี้เดินหน้าไปอย่างต่อเนื่องก็คือ “เราจะร่วมกันติดตามผลในเรื่องนี้อย่างไร” เป็นเสมือนแผนการประเมิน แต่ที่จริงเป็นการสร้างความมุ่งมั่นร่วมกันว่าเราจะเอาจริงกับเรื่องนี้จนสำเร็จ

ถ้ารองบริหารของทุกโรงพยาบาล เริ่มต้นได้อย่างนี้ เชื่อว่าเราจะเห็นการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างมากมายในโรงพยาบาลของประเทศไทย สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลจะไม่น่ารังเกียจ ไม่เป็นแหล่งสะสมความเสี่ยง และพร้อมที่จะก้าวสู่ขั้นต่อไปคือเป็นสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดเยียวยา (healing environment)

ว่าด้วยมาตรฐานและการประเมินตนเอง

มาตรฐานที่สัมผัสได้¹¹

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

เกณฑ์ ข้อกำหนด หรือมาตรฐาน เป็นสิ่งที่พวกเราในวงการคุณภาพคุ้นเคย แต่บางครั้งสิ่งเหล่านี้กลับกลายเป็นอุปสรรคหรือภาระที่ทำให้เราเข้าไม่ถึงคุณภาพ จะอย่างไรให้มาตรฐานโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่สัมผัสได้ทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ สัมผัสแล้วเกิดความตระหนักในคุณค่าของมาตรฐานและบริการที่เกิดขึ้น เกิดความรู้สึกเบาสบายว่ามาตรฐานมิใช่กรอบที่มารัดตัวให้เกิดความอึดอัด

แนวทางต่อไปนี้อาจจะช่วยให้

1. นำมาตรฐานมาคุยกันเล่น คุยกันเมื่อมาตรฐานกำหนดไว้แบบนี้ สถานการณ์อะไรที่เราหรือคนไข้ของเราจะได้ประโยชน์มากที่สุด เช่น มาตรฐานกำหนดว่า “ทีมผู้ให้บริการ จัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันเป็นอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย” สิ่งที่เรานำมาคุยกันเล่นก็คือ ผู้ป่วยกลุ่มไหนที่จะได้ประโยชน์จากการมีแผนการดูแลในลักษณะที่ว่า นึกถึงผู้ป่วยที่กำลังนอนหรือเคยนอนอยู่ในโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลเรื้อรังนอนโรงพยาบาลมาหลายเดือนแล้ว แต่ละฝ่ายก็ยังไม่ชัดเจนว่าจะทำให้ผู้ป่วยรายนี้กลับบ้านได้อย่างไร ฯลฯ

เมื่อประมวลสถานการณ์ของผู้ป่วยหลายๆ รายเข้าด้วยกัน เราก็จะเริ่มเห็นคุณค่า เห็นแนวทางว่าจะนำมาตรฐานนี้มาใช้ในชีวิตประจำวันอย่างไร

นี่คืออานิสงส์ของการคุยกันเล่น โดยไม่ต้องรีบเน้นการทำเอกสาร

2. นำผู้ป่วยที่กำลังนอนอยู่ในโรงพยาบาลมาเป็นจุดเน้นของการพิจารณา

สมาชิกทีมยกพวกไปดูผู้ป่วยด้วยกัน พิจารณาว่าในผู้ป่วยรายนี้เราทำอะไรลงไป ที่แสดงให้เห็นว่าได้มีการใช้มาตรฐานอย่างมีคุณภาพ ต้องเน้นคำว่าใช้มาตรฐานอย่างมีคุณภาพ เพราะถ้าไม่เน้นเราก็จะเข้าข้างตัวเองว่าเรามีทุกอย่างตามมาตรฐานอยู่แล้ว เราประเมินผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพหรือไม่ เราวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพหรือไม่ มีเป้าหมายที่ชัดเจนในแผนการดูแลหรือไม่ สมาชิกในที่มาร่วมกันปฏิบัติตามแผนและเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ มีการเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพหรือไม่

ถามอย่างนี้กับสมาชิกในที่มจะทำให้เห็นคุณค่าหรือสิ่งดีๆ ที่เรามีอยู่ ขณะเดียวกันทำให้เห็นโอกาสพัฒนาให้ระบบของเรามีความเข้มแข็งขึ้น

ผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้เราเกิดความเข้าใจหรือเห็นความจำเป็นในการนำมาตรฐานมาใช้ให้ดีขึ้นแตกต่างกันออกไป นี่เป็นความงดงามของ learning material ที่อยู่กับเราตลอดเวลา

¹¹ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 7 ฉบับที่ 161 (1-15 กรกฎาคม 2549)

เป็นความมั่งคั่งเนื่องจากความหลากหลาย เป็นความมั่งคั่งที่ทำให้เห็นผลลัพธ์เกิดขึ้นทันตา
เมื่อเราเกิดความเข้าใจและนำไปปฏิบัติ

3. ฝึกการเป็นนักวิจัยน้อยๆ ทำการวิจัยประเมินผลการนำมาตรฐานมาปฏิบัติอย่าง
ง่ายๆ ด้วยจำนวนตัวอย่างน้อยๆ ทำให้เสร็จแต่ละเรื่องได้ในเวลาสั้นๆ ทำน้อยๆ แต่ทำบ่อยๆ
สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง นานวันเข้าก็จะได้ข้อมูลมากมายมหาศาล ที่สำคัญคือการประเมินผลถูก
ฝังเข้าไปในงานประจำ ถูกฝังเข้าไปในวิถีคิดของทีมงาน

เราอาจจะประเมินการได้รับข้อมูลของผู้ป่วย การนำข้อมูลการประเมินผู้ป่วยมาใช้ในการ
การวางแผนการดูแลรักษา ความชัดเจนของเป้าหมายในแผนการดูแลรักษา ความสามารถในการ
การดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษา ผ่าตัดฉุกเฉิน ฯลฯ

การวิจัยประเมินผลในลักษณะนี้จะทำให้เราเห็นตัวเอง เห็นโอกาสพัฒนาโดยไม่ต้องรอ
ให้คนอื่นมาบอก เป็นสุดยอดของการเรียนรู้ ไม่ว่าทีมไหนเข้ามาเยี่ยม มาดูงาน หรือมา
ประเมินก็ต้องชื่นชมในการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของเรา

ถามว่าถ้าไม่ทำสามอย่างที่กล่าวมาจะประสบความสำเร็จหรือไม่ คำตอบก็คืออาจจะ
สำเร็จ แต่อาจจะต้องใช้เวลาช้านาน และสำเร็จโดยยังไม่ถึงที่สุด ไม่เกิดประโยชน์สูงสุด

ข้อระวังก็คือต้องหาทางทำให้เรียบง่ายเข้าไว้ อย่าไปสร้างรูปแบบที่ซับซ้อน เพราะ
ความเรียบง่ายเท่านั้นจะนำไปสู่ความยั่งยืน

การใช้มาตรฐานที่ให้คุณค่า¹²

นพ.อนวัธน์ ศุภชุติกุล

มาตรฐาน HA ฉบับ พ.ศ. 2549 ได้ผสมผสานเนื้อหาและแนวคิดสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาโรงพยาบาล อาทิ การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นคุณภาพและความปลอดภัย บูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพเข้าไปในทุกกิจกรรม รวมทั้งการบริหารจัดการที่ดี

การใช้มาตรฐานให้เกิดประโยชน์สูงสุด คือการใช้มาตรฐานเพื่อการปฏิบัติงานประจำ และการใช้มาตรฐานเพื่อให้เห็นตัวตนของโรงพยาบาล

อย่างไรที่เรียกว่าเป็นการใช้มาตรฐานเพื่อการปฏิบัติงานประจำ ?

ลองดูตัวอย่างง่ายๆ สักสองสามวิธี

1. นั่งล้อมวงคุยกันเล่นๆ โดยหยิบยกเอามาตรฐานสักหัวข้อหนึ่งขึ้นมา แล้วถามว่าในงานประจำของเรา ได้มีการนำมาตรฐานข้อนี้มาปฏิบัติแล้วหรือยัง สถานการณ์ใดบ้างที่จำเป็นต้องใส่ใจกับเรื่องนี้ สถานการณ์นั้นมีปัญหาและความเสี่ยงอะไร เราได้เตรียมพร้อมกับปัญหาและความเสี่ยงเหล่านั้นแล้วหรือยัง

ตัวอย่าง เช่น มาตรฐานเรื่องการประเมินผู้ป่วยกำหนดว่า *“(3) วิธีการประเมินเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและทรัพยากรที่เพียงพอ. มีการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและทรัพยากรเพื่อชี้้นำการประเมินผู้ป่วย ถ้ามีแนวทางดังกล่าว.”*

ถ้าอ่านเพียงผิวเผิน เราจะบอกว่าเรามีการประเมินผู้ป่วยทุกรายอยู่แล้ว เป็นความจริงที่ว่าโดยระดับเฉลี่ย เรามีการปฏิบัติตามมาตรฐานดังกล่าวอยู่แล้ว การคิดที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคือการถามตัวเองว่ามีกรณีเฉพาะใดบ้างที่ต้องใส่ใจเป็นพิเศษในหน่วยงานของเรา วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย มีปัจจัยอะไรบ้างที่จะทำให้การประเมินผู้ป่วยต้องทำด้วยวิธีที่แตกต่างกันไป เช่น ความเร่งด่วนของปัญหา ระดับการศึกษาของผู้ป่วย

การประเมินภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและทรัพยากรที่เพียงพอ มีการประเมินหรือการตรวจพิเศษอะไรบ้างที่ต้องการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ต้องอาศัยเครื่องมือและบุคลากรที่มีความพร้อม

การใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสม มีโรคหรืออาการอะไรบ้างที่หน่วยงานของเราได้มีการช่วยอยู่ หรือสมควรนำมาใช้

การคุยกันเล่นๆ เป็นการชักชวนความเข้าใจ เป็นการมองหาโอกาสพัฒนาอย่างง่ายๆ เมื่อเห็นแล้วก็นำไปปฏิบัติ โดยไม่ต้องกังวลกับการทำสิ่งที่ไม่จำเป็น นั่นคือการเขียนเอกสารประเมินตนเองในช่วงแรก

¹² ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 7 ฉบับที่ 163 (1-15 สิงหาคม 2549)

2. เดินเข้าไปในหอผู้ป่วย ทบทวนหัวข้อมาตรฐานที่สนใจ ถามตนเองหรือทีมงานว่าในวันนี้ ผู้ป่วยเตียงใดบ้างที่น่าจะได้รับประโยชน์จากการใช้มาตรฐานข้อนี้ เป้าหมายของหัวข้อนี้คือความเหมาะสมของวิธีการประเมิน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์คือสามารถรับทราบความต้องการและปัญหาสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม เราก็คิดว่าผู้ป่วยรายนั้นได้รับการประเมินด้วยวิธีการที่เหมาะสมหรือไม่ ถ้ามีแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่ได้ตกลงกันไว้ ได้มีการใช้หรือไม่

3. เลือกผู้ป่วยที่น่าสนใจมาสักรายหนึ่ง แล้วถามว่าปัญหาของผู้ป่วยรายนี้ มาตรฐานข้อใดจะเป็นประโยชน์ในการทำให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น เช่น อาจจะพบว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไป แต่มีการตรวจพบและตอบสนองช้ากว่าที่ควร ทำให้ได้มีโอกาสกลับไปทบทวนดูมาตรฐานเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงที่ว่า *“มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย และดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันท่วงที”* แล้วทีมก็มาพิจารณาว่าจะปรับปรุงระบบการเฝ้าระวังอย่างไร มีผู้ป่วยกลุ่มใดบ้างที่จะต้องใส่ใจเรื่องนี้เป็นพิเศษ

สำหรับการใช้มาตรฐานเพื่อให้เห็นตัวตนของโรงพยาบาล อาจทำได้โดยทดลองเป็นนักวิจัยรุ่นเยาว์ ทำการวิจัยประเมินผลขนาดจิ๋ว หรือ mini evaluation research สุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมาสักจำนวนหนึ่ง เช่น 5-10 ราย เลือกมาตรฐานมาสักข้อหนึ่ง แล้วทบทวนตรวจสอบการปฏิบัติตามมาตรฐานข้อนั้นว่าเป็นไปเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยได้ดีเพียงใด ถ้าบรรลุเป้าหมายของมาตรฐานและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ก็ทำให้ทีมงานมั่นใจในระบบที่เป็นอยู่ ถ้ายังไม่บรรลุเป้าหมายของมาตรฐานหรือยังไม่เห็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจน ก็แสดงว่านั่นเป็นโอกาสพัฒนาของทีมงาน

ข้อมูลการวิจัยประเมินผลขนาดจิ๋วนี้ หากทำอย่างต่อเนื่อง ทำอย่างครอบคลุมในทุกหน่วยงาน และทุกหัวข้อมาตรฐาน จะเป็นประโยชน์ในการทำให้ทีมงานเห็นผลงานของตนเองได้ชัดเจนขึ้น นำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเกิดผลลัพธ์ของการดูแลที่ดี นอกจากนี้ ผลพลอยได้ก็คือการมีข้อมูลที่น่าเชื่อถือสำหรับนำเสนอต่อบุคคลภายนอก

หากทุกโรงพยาบาลทำได้ตามนี้ มาตรฐานจะเกิดประโยชน์และคุณค่าอย่างใหญ่หลวงต่อทุกฝ่าย

SPL จุดเห็นของการใช้มาตรฐานระดับองค์กร¹³

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี เป็นมาตรฐานที่นำแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และการมุ่งสู่ความเป็นเลิศ มาผสมผสานเข้าด้วยกัน

มาตรฐานตอนที่หนึ่ง เป็นเรื่องของภาพรวมของการจัดการองค์กร เป็นมาตรฐานที่ใช้โครงสร้างของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ

เนื่องจากเป็นมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการโดยรวมขององค์กร จึงมีที่ใช้ประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวาง แต่การเปิดกว้างมากก็ทำให้เกิดปัญหาได้ เนื่องจากไม่รู้ว่าจะให้ ความสำคัญกับเรื่องอะไรเป็นเรื่องหลัก

SPL คือจุดเน้นที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เสนอให้พิจารณา สำหรับการใช้มาตรฐานในส่วนนี้ เพื่อให้มีเป้าหมายและขอบเขตที่ชัดเจน

SPL พังคูล้ายกับ SML ผสมกับ NPL แต่ไม่เกี่ยวข้องกับทั้งสองชื่อนั้น

SPL คือ Safety, Promotion, Learning

Safety นั้นคือส่วนหนึ่งของ Quality ถ้าจะให้สมบูรณ์ก็ควรจะเป็น Safety & Quality

Promotion คือ Health Promotion

Learning นั้นควรครอบคลุมทั้งเรื่องของ Learning Culture และ Learning ในระดับ บุคคล ทีมงาน และองค์กร

จะนำ SPL มาประยุกต์กับมาตรฐานแต่ละหมวดได้อย่างไร

หมวดที่ 1 การนำ คำถามง่ายๆ คำถามเดียวที่จะใช้ประเมิน SPL ในขั้นต้นก็คือการถามว่า “การตัดสินใจและการสนับสนุนของผู้หน้าที่ส่งเสริมคุณภาพและความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ และการเรียนรู้ในองค์กร มีอะไรบ้าง”

หมวดที่ 2 การบริหารเชิงกลยุทธ์ คำถามง่ายๆ ที่จะใช้ประเมิน SPL ก็คือ “โรงพยาบาลมีกลยุทธ์ในด้านคุณภาพและความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ และการเรียนรู้ในองค์กร ชัดเจนหรือไม่ มีอะไรบ้าง จะประเมินความสำเร็จของกลยุทธ์เหล่านี้ได้อย่างไร”

หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน คำถามง่ายๆ ที่จะใช้ประเมิน SPL ก็คือ “ผู้ป่วยกลุ่มใดควรเป็นจุดเน้นในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย ผู้ป่วยกลุ่มใดควรเป็นจุดเน้นในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ความต้องการของผู้ป่วยเหล่านี้มีอะไรบ้าง ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างไรบ้าง ทีมงานได้เรียนรู้อะไรจากผู้ป่วยเหล่านี้บ้าง”

หมวดที่ 4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้ คำถามง่ายๆ ที่จะใช้ประเมิน SPL ก็คือ “การวัดความสำเร็จของการดำเนินงานในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย การสร้างเสริม

¹³ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 8 ฉบับที่ 191 (15-30 กันยายน 2550)

สุขภาพ และการเรียนรู้ ใช้ตัวชี้วัดอะไร มีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องดังกล่าวอย่างไร”

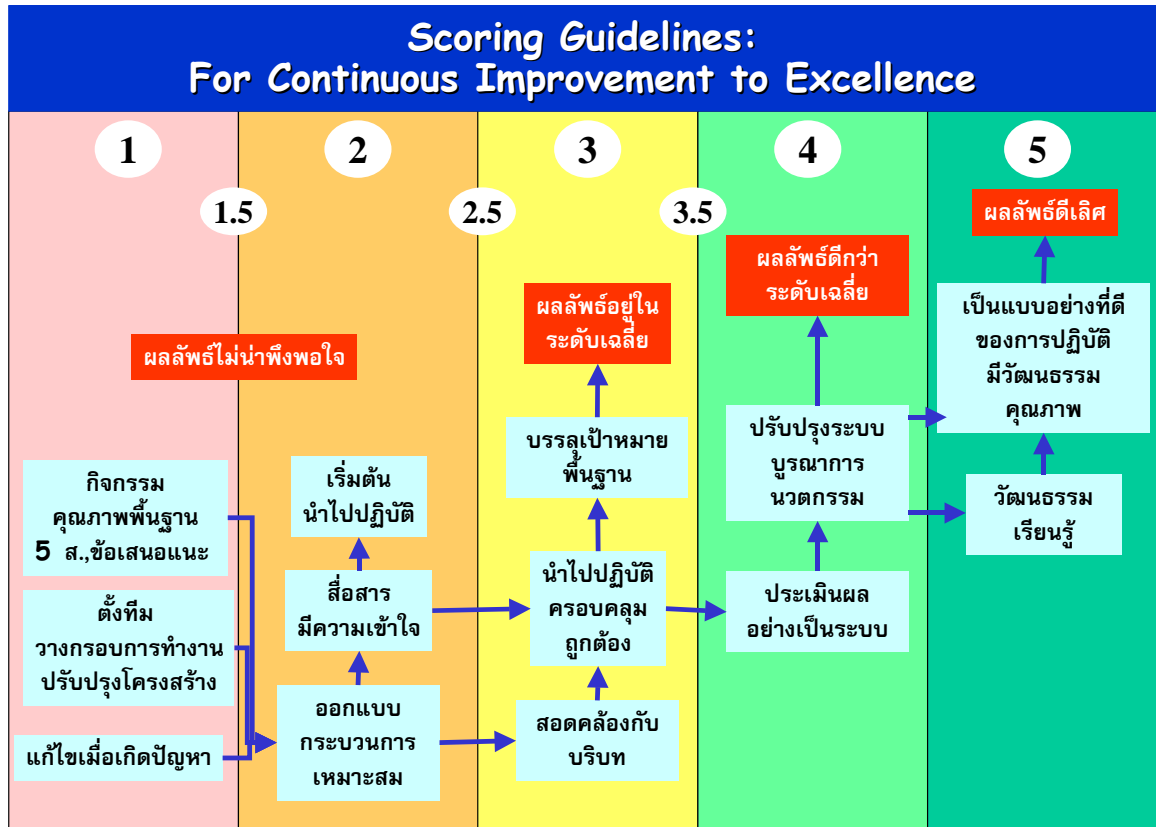
หมวดที่ 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล คำถามง่ายๆ ที่จะใช้ประเมิน SPL ก็คือ “โรงพยาบาลพัฒนาบุคลากรเพื่อให้ทำงานได้อย่างมีคุณภาพ มีความปลอดภัย และใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในงานประจำอย่างไร มีการใช้สินทรัพย์ความรู้ที่มีอยู่ในองค์กรเพื่อพัฒนาบุคลากรอย่างไร”

หมวดที่ 6 การจัดการกระบวนการ คำถามง่ายๆ ที่จะใช้ประเมิน SPL ก็คือ “กระบวนการสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย / การสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ ได้รับการออกแบบอย่างเหมาะสมเพียงใด มีการควบคุมให้เป็นไปตามที่ตั้งใจไว้ได้อย่างไร มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องอย่างไร มีการเรียนรู้จากการปรับปรุงอย่างไร”

ถามคำถามเหล่านี้บ่อยๆ ก็จะทำให้เห็นโอกาสพัฒนาที่ตรงประเด็นชัดเจนขึ้นเรื่อยๆ จะเห็นทั้ง what คือควรทำอะไร และ why คือทำไมจึงสำคัญ ส่วนเรื่อง how ว่าต้องทำอะไร จะเห็นชัดเจนจากการศึกษารายละเอียดของข้อกำหนดในมาตรฐานและการพิจารณาบริบทของตนเอง

Scoring Guidellines ¹⁴

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล



เมื่อมีมาตรฐานก็ต้องมีการประเมิน

การประเมินแบบง่าย ๆ คือ “ผ่าน / ไม่ผ่าน” หรือ “ทำดี / ทำบางส่วน / ยังไม่ทำ”

การประเมินที่ได้ประโยชน์คือการประเมินเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น

ในช่วงระหว่างการพัฒนา ทุกคนจะเข้ามาสู่ช่วงการ “ทำบางส่วน” มากขึ้น จึง

จำเป็นต้องแยกระดับของการพัฒนาในช่วงทำบางส่วนให้มีลำดับชั้นมากขึ้น

ระบบ HA ของอเมริกาเมื่อก่อนนี้แบ่งระดับของการปฏิบัติตามมาตรฐาน (compliance)

เป็น 5 ระดับ ประเมินในหัวข้อย่อยต่างๆ ทุกข้อ ทำให้เกิดความซับซ้อนมาก พอไปทำการ

ประเมินในต่างประเทศก็ปรับให้ง่ายขึ้นเป็น 0-1-2 คือ insufficient compliance, partial

compliance, satisfactory compliance แล้วก็กลับไปใช้ในอเมริกาในเวลาต่อมา

ส่วนในแคนาดา ใช้คะแนนประเมิน 1-7 โดยเชื่อตามทฤษฎีว่าสามารถแยกแยะความแตกต่างของระดับคุณภาพได้ดีที่สุด เป็นการประเมินในหัวข้อย่อยต่างๆ เช่นเดียวกัน

Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) แบ่งการประเมินเป็น % ตั้งแต่ 0% ถึง 100% โดยมีช่วงห่างทุก 5% แต่จัดเป็นช่วงชั้นได้ 6 ชั้น

¹⁴ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 7 ฉบับที่ 154 (16-31 มีนาคม 2549)

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลประยุกต์แนวทางการให้คะแนนของ MBNQA มาใช้โดยแบ่งคะแนนเป็น 1-5 ใช้หลักง่ายๆ ว่า

- 1 คือช่วงที่เพิ่งเริ่มต้น
- 2 คือกำลังพัฒนามาถูกทิศทางแต่ยังไม่เห็นผล
- 3 คือเริ่มเห็นผลตามเป้าหมาย เป็นระดับที่ยอมรับได้ ผลลัพธ์อยู่ในระดับเฉลี่ย
- 4 คือมีการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบ ทำให้ผลลัพธ์สูงกว่าระดับเฉลี่ย
- 5 คือสุดยอดของระบบที่สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีได้

คำว่าผลลัพธ์อยู่ในระดับเฉลี่ยหรือสูงกว่าเฉลี่ย ก็เป็นความหมายเชิงเปรียบเทียบ มิได้มุ่งเน้นว่าต้องพยายามวัดออกมาเป็นตัวเลข หรือต้องพยายามรู้ให้ได้ว่าระดับเฉลี่ยของประเทศเป็นเท่าไร ข้อมูลเหล่านี้อาจจะเพิ่มขึ้นในอนาคต แต่ยังไม่ต้องห่วงถ้าไม่มีอยู่ในปัจจุบัน

การประเมินนี้จะประเมินในภาพรวมของมาตรฐานแต่ละบท มิได้แยกเป็นข้อย่อย เนื่องจากไม่ต้องการให้เป็นระบบ check list

เมื่อมีการปรับปรุงมาตรฐาน จึงได้ปรับปรุงแนวทางการให้คะแนนให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น แสดงให้เห็นดังภาพข้างบน

การใช้ภาพก็เพื่อให้เห็นภาพรวมของ spectrum ว่าความคาดหวังต่อการใช้มาตรฐานนั้นเป็นอย่างไร ในการรับรองรอบแรกจะต้องให้ได้ผ่านที่ระดับ 3 และในการรับรองรอบต่อไป น่าจะยกระดับไปถึง 4 ในเรื่องที่สามารถทำได้

แนวทางการให้คะแนนนี้จึงเป็นแนวทางเพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง และโรงพยาบาลควรนำไปใช้ประโยชน์ในการประเมินตนเอง

เสียงสะท้อนที่ได้รับในช่วงแรกคือ เมื่อนำไปใช้แล้วเกิดความเครียด เครียดเพราะตกลงกันไม่ได้ว่าคะแนนที่จะให้ควรจะเป็นเท่าไร

เป็นเรื่องธรรมดา เพราะแต่ละคนมีข้อมูลไม่เท่ากัน

จึงควรยึดหลักว่า การให้คะแนนเป็นเพียงจุดเริ่มเพื่อการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน

ผู้ที่ให้คะแนนน้อย ควรบอกว่าเห็นจุดอ่อนอะไร ควรจะมีอะไรเพิ่มเติมเพื่อยกระดับคะแนนให้เพิ่มมากขึ้น

ผู้ที่ให้คะแนนมาก ควรบอกว่าเห็นจุดแข็งอะไร มีข้อมูลสนับสนุนอย่างไร มีการใช้ค่านิยมหลักอะไร สอดคล้องกับบริบทอย่างไร

แล้วหาความเห็นร่วมว่า “จะทำอะไรต่อ” โดยไม่ต้องสนใจเรื่องคะแนน

ในระยะแรกอาจจะประเมินที่ระดับข้อย่อย เมื่อมีความสอดคล้องในระดับข้อย่อยมากขึ้น ก็จะประเมินในระดับภาพรวมที่สูงขึ้นมา

จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องทำความเข้าใจว่า เป้าหมายในการใช้ **scoring guidelines** ไม่ได้อยู่ที่คะแนน แต่อยู่ที่ความเห็นร่วมว่าควรจะต้องทำอะไรเพิ่มเติม แล้ว

ก็ลงมือดำเนินการ ทั้งเรื่องคะแนนไว้ตรงนั้น ไม่ต้องหาข้อยุติให้เสียเวลา เพราะเมื่อพัฒนาแล้วกลับมาดูใหม่ คะแนนก็จะเปลี่ยนไป

สรุปย่อผล ในการประเมินตนเอง¹⁵

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ในการจัดทำรายงานการประเมินตนเองเพื่อสื่อสารกับผู้เยี่ยมสำรวจ มักจะได้ยินเสียงบ่นจากสองด้านในทำนองนี้

โรงพยาบาลผู้จัดทำรายงานการประเมินตนเองจะบ่นว่าไม่รู้จะเขียนอย่างไร ถ้ามีคำถามก็บ่นว่าคำถามคลุมเครือ ไม่เข้าใจคำถาม ถ้าไม่มีคำถามให้ (ในมาตรฐานใหม่) ก็บ่นว่าไม่รู้จะตอบอะไร

ผู้เยี่ยมสำรวจจะบ่นว่าข้อมูลในแบบประเมินตนเองมีแต่ทฤษฎีและหลักการ ไม่เห็นภาพว่าโรงพยาบาลได้ทำอะไรที่เป็นตัวของตัวเอง บรรยากาศในการเยี่ยมสำรวจจึงมีความเครียดกันทั้งสองฝ่ายเนื่องจากต้องไปพยายามเจาะหาข้อมูลต่างๆ

เคล็ดลับอันหนึ่งที่จะช่วยให้การจัดทำรายงานการประเมินตนเองเป็นเรื่องที่ง่ายขึ้น และบรรลุเป้าหมายเพื่อประโยชน์ของกระบวนการ HA ก็คือ **“พยายามสรุปย่อผลการทำงานเรื่องนั้นๆ ในการประเมินตนเอง”**

ในการที่จะสรุปย่อผลได้ดี จะต้องทำความเข้าใจใน 2 ประเด็นคือ

- 1) เป้าหมายของมาตรฐานในเรื่องนั้น หัวข้อนั้น
- 2) บริบทของโรงพยาบาลว่าอะไรคือประเด็นสำคัญ หรือที่ฝรั่งบอกว่า “What's in it for me?”

จะเห็นว่าต้องใช้ 2C ควบคู่ไปด้วยกันแล้ว คือ criteria และ concept แล้วเราจะกระโดดไปพิจารณาที่ S-Study (หรือ L-Learning) ดังตัวอย่างต่อไปนี้

มาตรฐาน (criteria) : องค์กรประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง (สุขภาพบุคลากร)

เป้าหมายของมาตรฐาน (purpose) : เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานของบุคลากร

จุดที่เป็นปัญหาของเรา (context) : อะไรคือความเสี่ยงต่อสุขภาพสำคัญใน รพ.ของเรา (what), อยู่ที่ไหน (where), ใครเป็นกลุ่มเสี่ยง (who), ช่วงเวลาที่มีความหมายหรือไม่ (when)

จะจัดลำดับความสำคัญอย่างไร (priority) : มีโอกาสเกิดบ่อยเพียงใด, เคยเกิดขึ้นจำนวนเท่าไร, ความรุนแรงเป็นอย่างไร (นี่คือผลของการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา)

¹⁵ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 8 ฉบับที่ 176 (16-28 กุมภาพันธ์ 2550)

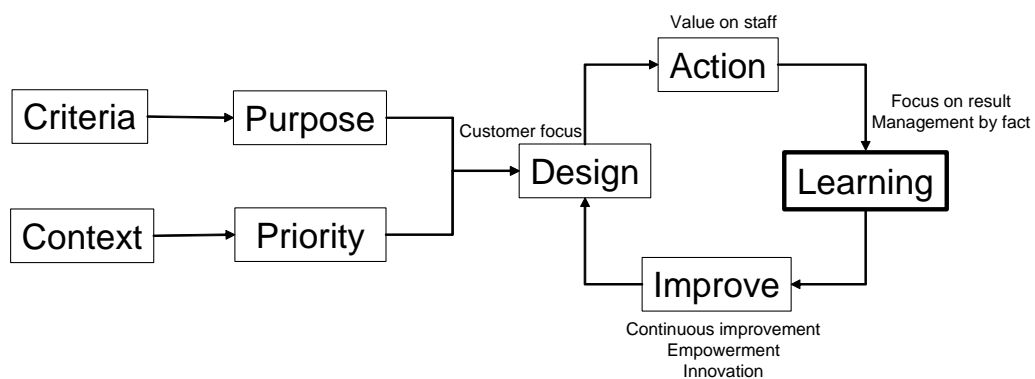
มีการจัดการเพื่อป้องกันอย่างไร (design & action): คำตอบตรงนี้มีหลากหลายมาก เช่น การสำรวจ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม การใช้อุปกรณ์ป้องกัน การให้ภูมิคุ้มกัน ฯลฯ

ผลลัพธ์ของการจัดการเป็นอย่างไร (check/study/learning): คำตอบตรงนี้ขึ้นกับวิธีการจัดการ ที่กล่าวมา เช่น (1) ถ้ามีการสำรวจระดับความดังของเสียงที่หน่วยช่างและหน่วยซักฟอก ควรแสดงผลการวัดระดับความดังว่าเป็นอย่างไร อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานหรือไม่ และมีการพิจารณาว่าจะต้องดำเนินการต่ออย่างไรหรือไม่ (2) มีการให้ภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบีแก่บุคลากรกลุ่มเสียง ควรแสดงผลลัพธ์ว่าสามารถปฏิบัติได้ครอบคลุมเพียงใด กลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีนมีการติดเชื้อเกิดขึ้นหรือไม่

ผลลัพธ์ของการจัดการคือสิ่งที่บอกได้ชัดเจนว่าโรงพยาบาลมีการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ มิใช่เพียงบอกเล่าว่าได้ทำอะไร แต่นำผลของการกระทำนั้นมาสรุปไว้อย่างชัดเจน ซึ่งจะเป็นเครื่องช่วยในการเรียนรู้ขององค์กรว่าทำงานไปแล้ว บรรลุเป้าหมายของเรื่องนั้นๆ หรือไม่ ด้วยการพิจารณาความเชื่อมโยงระหว่างเป้าหมายของมาตรฐาน จุดที่เป็นปัญหาของเรา และผลลัพธ์ของสิ่งที่เราทำ

ด้วยวิธีนี้เท่านั้นที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้ในองค์กร เกิดวุฒิภาวะในการพัฒนาคุณภาพสู่ความเป็นเลิศด้วยความเรียบง่าย ไม่เป็นที่ยุ่งยากแก่ผู้ปฏิบัติงาน

ถ้าจะสรุปด้วยแนวคิด 3C-PDSA หรือ 3C-DALI (ซึ่ง DALI กับ PDSA ก็คืออันเดียวกัน) ด้วยการนำ core values ที่จำเป็นไปใส่ไว้ในกระบวนการพัฒนาขั้นตอนต่างๆ ก็จะเป็นดังภาพ



ว่าด้วยความเสี่ยงและความปลอดภัย

วัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture) ¹⁶

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

คุณภาพที่แท้จริงมาจากการกระทำด้วยใจ ทุกลมหายใจของผู้เกี่ยวข้อง คุณภาพที่ยั่งยืนคือการทำงานเป็นวัฒนธรรม ทำเป็นเรื่องปกติประจำ ทำจนวัฒนธรรมนั้นกลับมามีผลหลอมทุกคนในองค์กร

วัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรมการเรียนรู้ คือสิ่งที่พึงประสงค์ในองค์กรคุณภาพ

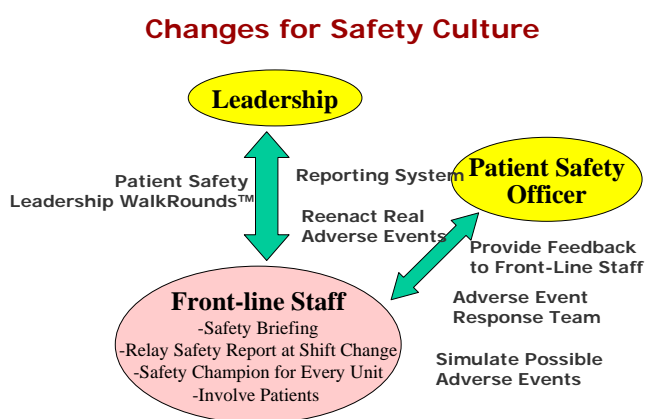
การสร้างวัฒนธรรมต้องใช้เวลา ต้องเพาะบ่ม ต้องสั่งสม วัฒนธรรมเกิดจากการเรียนรู้ร่วมกันในคุณค่าของสิ่งที่กระทำลงไป เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีคิดของแต่ละคน และค่อยๆ เกิดความเห็นพ้องขึ้นภายในองค์กร

ความปลอดภัยคือศัตรูร่วมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

วัฒนธรรมความปลอดภัยคือกองทัพที่เข้มแข็งของผู้ให้บริการ

Institute of Healthcare Improvement (IHI) ของอเมริกา ได้ชี้ให้เห็นลักษณะของวัฒนธรรมความปลอดภัยว่า “เป็นสภาวะที่ทุกคนลงมือทำในสิ่งที่จำเป็นเพื่อความปลอดภัย ใครไม่ทำจะถูกตำหนิ มีแรงกดดันมาจากทุกทิศทาง ไม่มีช่องให้ใครบอกว่าความปลอดภัยไม่ใช่หน้าที่ของฉัน ผู้นำต้องแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นต่อการเปลี่ยนแปลง ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่แชร์ข้อมูลเรื่องความปลอดภัย สนับสนุนทรัพยากร การประเมินบรรยากาศของความปลอดภัย เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์”

IHI ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยไว้สรุปได้ดังแผนภาพ



1. Positive Feedback to Front-Line Staff

¹⁶ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 6 ฉบับที่ 141 (1-15 กันยายน 2548) และฉบับที่ 142 (16-30 กันยายน 2548)

การแจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานทราบว่าผู้นำตอบสนองต่อข้อเสนอแนะและรายงานอุบัติการณ์ต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ เป็นการแสดงถึงการให้ความสำคัญและความมุ่งมั่นของผู้นำเกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัย ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรับรู้ว่าคุณำได้ยินเสียงที่ตนส่งขึ้นไป ส่งเสริมให้มีความสนใจในการรายงานอุบัติการณ์

2. Conduct Safety Briefing

เป็นการนำประเด็นเกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัยที่สังเกตพบระหว่างปฏิบัติงานมาพูดคุยกันภายในที่มงานโดยใช้เวลาเพียงเล็กน้อย แต่มีความถี่สูง ทำจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ทำอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้เกิดความตระหนักในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน โดยที่ไม่จำเป็นต้องมีหัวหน้าหน่วยเข้าร่วมหรือคอยชี้แนะ และต้องเน้นย้ำว่าไม่มีการกล่าวโทษกันในการพูดคุย

3. Conduct Patient Safety Leadership WalkRounds™

เป็นการเยี่ยมหน่วยงานต่าง ๆ โดยผู้นำระดับสูงทุกคน อย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละหนึ่งชั่วโมง ไม่มีการยกเว้น เพื่อพูดคุยกับผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับประเด็นเรื่องความปลอดภัย โดยเฉพาะ ไม่มีเรื่องอื่นเข้ามาปะปน เป็นการแสดงให้เห็นความมุ่งมั่นของผู้นำในเรื่องความปลอดภัย และความต้องการของผู้นำที่จะเรียนรู้ประเด็นเกี่ยวกับความปลอดภัยในองค์กร

ในระหว่างการตรวจเยี่ยม ควรสื่อสารกับหัวหน้าหน่วยให้เข้าใจว่าทำไมผู้นำระดับสูงจึงไปเยี่ยมหน่วยงานของเขา ควรมีการสื่อสารสองทางอย่างเปิดใจและรับฟังอย่างตั้งใจ ถ้าหน่วยงานมีการทำ Safety Briefing อยู่แล้วจะช่วยให้มีข้อมูลที่จะเริ่มต้นคุยกัน ผู้นำระดับสูงควรติดตามและให้ feedback เกี่ยวกับประเด็นที่ได้จากการเยี่ยมชมรวมทั้งการตอบสนองที่เกิดขึ้น

4. Designate a Patient Safety Officer

องค์กรที่มุ่งมั่นต่อความปลอดภัยอย่างเต็มที่จะมอบหมายให้มีบุคคลทำหน้าที่ Patient Safety Officer หรือ Patient Safety Manager ทำหน้าที่สร้างความตระหนัก จัดการฝึกอบรม และนำวิธีที่ได้ผลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยมาสู่การปฏิบัติ บุคคลนี้ควรขึ้นตรงต่อผู้อำนวยการ มีอำนาจที่จะดำเนินการและขอจัดอุปสรรคต่างๆ ต่อการเปลี่ยนแปลง ทำเรื่องนี้เป็นงานหลัก มีช่างานเสริมจากงานประจำที่มีอยู่แล้ว

5. Create an Adverse Event Response Team

เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้น Adverse Event Response Team มีหน้าที่เข้าไปช่วยรักษาบรรยากาศในหน่วยงานให้อยู่ในความสงบ ลดและป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ป้องกันการดาวน์ลงโทษ ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น ให้กำลังใจครอบครัว เจ้าหน้าที่ และแพทย์ ทีมนี้จะต้องได้รับการฝึกอบรมให้ใช้วัฒนธรรมของการให้กำลังใจมากกว่าการตำหนิติเตียน

6. Relay Safety Reports at Shift Changes

เป็นการระบุสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น ผู้ป่วยที่มีชื่อคล้ายกัน การใช้เครื่องมือที่มีความซับซ้อนหรือไม่คุ้นเคย ในขณะที่รับส่งเวร เพื่อให้ผู้รับเวร

เกิดความตื่นตัวในเรื่องความปลอดภัย ซึ่งจะช่วยลดโอกาสเกิดความผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างวิชาชีพและหน่วยงานต่างๆ มีการ monitor ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงร่วมในหลายๆ หน่วยงาน

7. Reenact Real Adverse Events from Your Hospital

เป็นการนำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเหตุเกือบพลาดที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลจัดทำเป็นเรื่องราวหรือวิดีโอทัศน์โดยให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเป็นผู้แสดง เพื่อสร้างความตระหนักและให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และผู้บริหาร

8. Simulate Possible Adverse Events

ใช้การจำลองสถานการณ์เพื่อสอนให้เจ้าหน้าที่มีความสามารถในการตรวจจับปัญหาและเข้าใจผลของการตัดสินใจ ทำนองเดียวกับที่ธุรกิจการบินใช้อยู่ ซึ่งจะมีประโยชน์มากในการเตรียมเจ้าหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดความผิดพลาดได้ง่าย

9. Create a Reporting System

เป็นการสร้างระบบรายงานโดยเจ้าหน้าที่ที่มีความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยและมีอิสระที่จะรายงานสถานการณ์ซึ่งจะนำไปสู่เหตุเกือบพลาดหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เปิดเผยนี้จะเป็นไปได้เมื่อผู้นำใช้ปรัชญาของการไม่ลงโทษ แต่จะให้รางวัลกับการรายงานความเสี่ยง

10. Involve Patients in Safety Initiatives

ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถที่จะเป็นด่านป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อีกชั้นหนึ่ง และเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีที่สุด นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกมีคุณค่าแล้ว คำถามและข้อคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัวมักจะบ่งชี้ถึงความคลาดเคลื่อนที่เป็นไปได้ สิ่งที่สามารถทำได้คือการเชิญผู้ป่วยและครอบครัวเข้าร่วมใน multidisciplinary rounds และถามความคิดเห็นอาจจะขอให้ผู้ป่วยและครอบครัวช่วย monitor compliance การปฏิบัติที่ปลอดภัย เป็นต้น

11. Appoint a Safety Champion for Every Unit

เป็นการมอบหมายให้มีอาสาสมัครสมาชิกในหน่วยงานทำหน้าที่ safety champion ทำหน้าที่ช่วยหัวหน้าหน่วยงานในการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัย สร้างความเข้าใจกับทีมงานว่า safety champion เป็นแนวร่วมของทีม มิใช่สายลับหรือผู้คุมกฎ ทำให้เจ้าหน้าที่อื่นรู้สึกสะดวกใจมากขึ้นในการซักถามและแลกเปลี่ยนข้อมูล ทั้งนี้ champion จะต้องได้รับการฝึกอบรม มีทรัพยากรและได้รับอำนาจเพียงพอ

เป็นแนวคิดที่นำจะนำมาพูดคุยกันเพื่อเลือกสรร และนำมาทดลองปฏิบัติ

วางแผนสามชั้น ป้องกันกรณี “ดอกกรัก”¹⁷

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

เหตุการณ์เพียงเหตุการณ์เดียว อาจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่ที่ไม่คาดคิดได้

กรณีที่ศาลชั้นต้นพิพากษาให้กระทรวงสาธารณสุขแพ้คดีที่ผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ยาชั้นรุนแรงถึงกับตาบอด และต้องจ่ายเงินชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น อาจก่อให้เกิดผลได้ในสองทาง

ทางหนึ่งที่จะเกิดขึ้นก็คือสังคมไทยจะเป็นโรคช่างฟ้องมากขึ้น เหมือนกับสังคมอเมริกา แพทย์จะมีการทำประกันเพื่อรองรับการถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายมากขึ้น มีการตรวจเพื่อการวินิจฉัยหรือทำหัตถการต่างๆ กันมากขึ้นจนอาจจะเกินเลยระดับที่เหมาะสม ค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพจะเพิ่มขึ้น ไม่โดยตรงก็โดยอ้อม

อีกทางหนึ่งที่เป็นไปได้ก็คือ วงการแพทย์หันมาพิจารณาว่าจะร่วมมือกันป้องกันปัญหานี้อย่างไร เพื่อประโยชน์สุขของทุกฝ่าย

ด่านชั้นที่หนึ่ง (Primary Prevention) คือการป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายที่ไม่ควรจะมี ไม่ควรใช้ยาหรือการรักษาที่ไม่จำเป็น อะไรที่ผู้ป่วยควรได้รับก็ไม่ควรละเลยหรือหลีกเลี่ยง เมื่อเกิดปัญหา ก็ควรวินิจฉัยและให้การรักษาให้ได้เร็ว เป็นต้น ทั้งหมดนี้ขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพ ที่จะดูแลผู้ป่วยด้วยความเอาใจใส่อย่างเต็มที่ควบคู่กับการติดตามความรู้ที่ทันสมัยและนำมาประยุกต์ใช้

อย่างไรก็ตาม ด้วยภาระงาน และด้วยการอยู่ร่วมกันของคนหมู่มาก ลำพังแพทย์แต่ละคนอาจจะไม่สามารถกระทำให้บรรลุสิ่งที่ควรจะเป็นข้างต้นได้ จำเป็นที่จะต้องร่วมมือกันอย่างน้อยสามองค์ประกอบ คือ ก) ทุกวิชาชีพร่วมมือช่วยเหลือกันและกัน ช่วยกันเฝ้าระวัง ตรวจสอบ สื่อสาร ให้คำปรึกษา สร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัยขึ้นในทุกจุด ข) ฝ่ายบริหาร (ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลไปถึงระดับประเทศ) ต้องดูแลเรื่องกำลังคน ภาระงาน สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงาน ให้เอื้อต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ ค) องค์กรวิชาชีพต้องช่วยกันกำกับดูแล เพื่อป้องกันผู้ที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือล่อแหลมต่อการสร้างปัญหา ให้กลับมาอยู่ในร่องในรอย ความพยายามนี้จะต้องมีขึ้นทั้งในระดับโรงพยาบาลและในภาพรวมของประเทศ

ด่านชั้นที่สอง (Secondary Prevention) คือการป้องกันไม่ให้เกิดสถานการณ์ลุกลามเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้น นั่นคือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายอย่างดีที่สุด สื่อสารกับผู้เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะต้องรับฟังคำต่อว่าที่ไม่เหมาะสมหรือการเรียกร้องต่างๆ นานาๆ อาจจะต้องมีการจัดตั้งทีมพิเศษขึ้นมาทำหน้าที่เฉพาะ (Institute of Healthcare

¹⁷ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 6 ฉบับที่ 143 (1-15 ตุลาคม 2548)

Improvement ของอเมริกาเรียกทีมนี้ว่า Adverse Event Response Team) เข้ามาทำหน้าที่ลด ความร้อนแรงของสถานการณ์ ให้ความช่วยเหลือทั้งเจ้าหน้าที่ที่ดูแล ผู้ป่วย และญาติ ด้วยการ รับฟังและสร้างความเข้าใจ

คดีที่เคยยึดถือกันมาเมื่อก่อนว่า อย่ารับผิดชอบ อย่าขอโทษ อย่าจ่ายเงิน ดูจะเป็นสิ่งที่ไม่สามารถใช้การได้อีกต่อไป สิ่งเข้ามาทดแทนคือการรายงานอุบัติการณ์โดยไม่ถือว่าเป็น ความผิด (non-punitive incident report) และการเปิดเผยข้อมูลความผิดพลาดแก่ผู้รับบริการ และญาติ (disclosure) ซึ่งเรื่องนี้คงจะต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจและพัฒนาให้เกิดขึ้นอีก พอสมควร ทั้งการทำความเข้าใจในส่วนของผู้ให้บริการเองและการทำความเข้าใจกับสังคม

สิ่งที่ผู้เสียหายต้องการมากที่สุดคือคำขอโทษจากฝ่ายผู้ให้บริการ ในกรณีที่เกิดความ ผิดพลาดขึ้นจริง

นอกเหนือจากการคลี่คลายสถานการณ์เฉพาะหน้าแล้ว โรงพยาบาลก็ควรที่จะ วิเคราะห์ถึง root cause ที่จะป้องกันปัญหาทำนองเดียวกันนั้นในลักษณะที่มีความยั่งยืน หาทางออกแบบระบบงานใหม่ที่จะเอื้อให้คนทำงานทำในสิ่งที่ถูกต้อง และมีระบบที่จะตรวจพบ ความผิดพลาดหรือความไม่เหมาะสมได้แต่เริ่มแรก ความรู้ความเข้าใจเรื่อง human factor engineering หรือความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน จะช่วยให้สามารถ ออกแบบระบบงานและสิ่งที่ต้องใช้ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ด่านชั้นที่สาม (Tertiary Prevention) คือการมีระบบชดเชยค่าเสียหายด้วยเหตุผล หลักด้านมนุษยธรรม ไม่ต้องมีการฟ้องร้องเอาจากผู้ให้บริการ ไม่ต้องมีการไล่เบียด ดังเช่น ระบบ no-fault compensation ของประเทศนิวซีแลนด์

เมื่อเหตุการณ์ลุกลามถึงขั้นฟ้องร้อง มีโอกาสอยู่บ้างที่จะมีการรอมชอมกันในชั้นศาล ซึ่ง ถ้าสามารถทำได้ก็จะเป็นการดี แต่ก็อาจจะเป็นการยากที่จะทำใจในส่วนของผู้ให้บริการถ้า เชื่อมั่นว่าทุกฝ่ายต่างก็ทุ่มเททำอย่างดีที่สุดแล้ว

การฟ้องร้องกันในศาลไม่เป็นผลดีต่อทั้งฝ่ายผู้ให้บริการที่ถูกฟ้องและฝ่ายผู้รับบริการที่ เป็นโจทก์ เมื่อไรที่มีการฟ้องร้อง แต่ละฝ่ายจะต้องต่อสู้กันถึงที่สุดเพื่อเอาชนะอีกฝ่ายหนึ่งให้ได้ สิ่งเหล่านี้ไม่ใช่วิสัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ช่วงเวลาที่อยู่ในระหว่างการพิจารณาคดี จะเป็นช่วงเวลาแห่งความทุกข์ใจ ขวัญกำลังใจและสมรรถนะในการทำงานจะตกลง ผู้ประกอบ วิชาชีพบางท่านที่ถูกดึงเข้าไปเป็นจำเลยทั้งที่ได้ทำหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ อาจจะหมด ความภาคภูมิใจและหมดอยากที่จะประกอบอาชีพนี้ต่อไป

การมีกองทุนเพื่อชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยไม่มี การไล่เบียด แต่หาทาง ป้องกันการหาผลประโยชน์จากกองทุนอย่างไม่เหมาะสม จึงน่าจะเป็นทางออกที่ทุกฝ่ายร่วมกัน ผลักดันให้เกิดขึ้น เพื่อผลประโยชน์ของสังคมไทยในระยะยาว

อุปสรรคสำคัญในการจัดตั้งกองทุนลักษณะนี้คือ ก) ความไม่เชื่อมั่นในความรับผิดชอบ ของผู้ประกอบวิชาชีพ และมองว่ากองทุนนี้อาจจะทำให้เกิดความย่อหย่อนในการดูแลผู้ป่วย ข) ความไม่เข้าใจของสังคมว่าผลลัพธ์ของการดูแลทางการแพทย์นั้นมีส่วนที่ไม่แน่นอนอยู่มาก ค)

ความไม่เข้าใจในความซับซ้อนของระบบการดูแลผู้ป่วย ไม่เข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อกันซึ่ง
ต่อเนื่องกันมาจนเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ เมื่อเกิดเหตุจึงหาผู้รับผิดชอบที่เป็นตัวบุคคล แต่
ไม่หาสาเหตุที่ซับซ้อนนั้นว่าอยู่ที่ใดบ้าง
พวกเราจะรอกันอีกนานเท่าไร

Open Disclosure ¹⁸

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

การมีข่าวฟ้องร้องเนื่องจากความผิดพลาดในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่มีมากขึ้นในช่วงนี้อาจจะทำให้ผู้ประกอบการวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ให้บริการเริ่มหันกลับมาใส่ใจมากขึ้นกับการดูแลผู้ป่วย น่าจะเป็นช่วงเวลาที่ทุกฝ่ายน่าจะร่วมมือกันหาหนทางออกที่เหมาะสมเพื่อตอบสนองความคาดหวังของสังคม ขณะเดียวกันเพื่อให้ผู้ประกอบการวิชาชีพต่าง ๆ มีความมั่นใจในการทำหน้าที่ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีของวิชาชีพ

มาตรการสำคัญเบื้องต้นคือการดูแลผู้ป่วยที่ประสบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อย่างดีที่สุด ลดความสูญเสียจากความผิดพลาดให้เหลือน้อยที่สุด ควบคู่กันไปนั้นคือการการเปิดเผยข้อมูลอย่างจริงใจและทันท่วงที

อะไรคือสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการเมื่อเกิดความผิดพลาดในการดูแลรักษา มีการศึกษาในต่างประเทศพบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการคือการได้รับข้อมูลว่าเกิดอะไรขึ้น คำขอโทษ และแนวทางที่จะป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก ที่น่าสนใจก็คือความไม่พึงพอใจอันนำไปสู่การฟ้องร้องนั้น มักจะเกิดจากการปฏิบัติของโรงพยาบาลหลังจากเกิดเหตุการณ์แล้ว มากกว่าที่ตัวเหตุการณ์เอง ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารข้อมูลที่ตรงไปตรงมาหรือการใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย

ฟังดูเหมือนเป็นเรื่องง่าย แต่ถ้าถามผู้ประกอบการวิชาชีพแล้ว จะมีความรู้สึกว่าเป็นเรื่องยากลำบากมากในการเปิดเผยข้อมูลความผิดพลาด สาเหตุหลักทั้งหมดอยู่ที่ความกลัว กลัวว่าจะเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องมากขึ้น กลัวว่าจะเสียชื่อ กลัวว่าจะถูกดำเนินกิจการทางวินัย กลัวว่าจะมีผลต่อความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน

ความกลัวเหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทำให้ตัดโอกาสที่จะสร้างการเรียนรู้และนำไปสู่การปรับปรุงระบบเพื่อป้องกันหรือลดความผิดพลาด จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องหาวิธีการช่วยเหลือ สนับสนุนให้เกิดบรรยากาศดังกล่าวขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรต่าง ๆ และการสร้างความเข้าใจกับสาธารณะ ทั้งในเรื่องความพยายามที่จะปรับปรุง ในเรื่องความไม่แน่นอนของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโอกาสที่ความสูญเสียจะเกิดจากธรรมชาติของการดำเนินโรค และการสร้างความเข้าใจในเรื่องปัจจัยสาเหตุที่ตัวระบบซึ่งคนทั่วไปมักจะมองไม่เห็น

ความช่วยเหลือต่อผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจะต้องเกิดขึ้นทั้งในระดับโรงพยาบาลและจากภายนอก ในโรงพยาบาลควรมีทีมเคลื่อนที่เร็วที่จะช่วยสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ช่วย support จิตใจแก่ทีมงานที่อาจจะขวัญเสียจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ขณะเดียวกันก็สืบค้นข้อเท็จจริงต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเฉพาะหน้าและปัจจัยองค์กรที่มีผลต่อการเกิด

¹⁸ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 7 ฉบับที่ 150 (16-31 มกราคม 2549)

เหตุการณ์ ร่วมมือกับองค์กรภายนอกที่เป็นกลางเพื่อให้การสื่อสารกับสาธารณะได้รับความ
น่าเชื่อถือมากขึ้น

สิ่งเหล่านี้คงจะต้องดำเนินการควบคู่กันไปกับมาตรการอื่นๆ อีกหลายเรื่อง เช่น การ
ฝึกอบรมแพทย์ในเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วย การทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเพื่อหาโอกาส
พัฒนาอย่างต่อเนื่อง การวางระบบการจ่ายชดเชยแก่ผู้เสียหายโดยไม่ต้องไล่เบี้ยกับผู้ดูแล
ผู้ป่วย รวมไปถึงการใส่ใจดำเนินการกับปัจจัยเชิงระบบต่างๆ ที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานล่อแหลมต่อ
ความผิดพลาดมากขึ้น เช่น ภาระงานที่มากเกินไป การปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่มีความ
ไม่พร้อมในเรื่องทีมงานและเครื่องมืออุปกรณ์ ทั้งนี้เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้เกิดขึ้นกับระบบบริการ
สุขภาพและดึงความเชื่อมั่นของสังคมกลับคืนมา

Patient Safety Goals ของแคนาดา¹⁹

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

แคนาดาก็เป็นอีกประเทศหนึ่งที่มีการจัดทำ Patient Safety Goals (PSGs) ขึ้นโดย Canadian Council on Health Service Accreditation (CCHSA) พร้อมทั้งมีการระบุการปฏิบัติที่คาดหวังว่าจะเห็นจากโรงพยาบาลที่เรียกว่า Required Organization Practices (ROPs) สำหรับแต่ละ PSG

CCHSA กำหนด Patient Safety Areas ไว้ 5 เรื่อง ได้แก่ Culture, Communication, Medications, Workforce/Worklife, Infection Control พร้อมทั้งให้คำจำกัดความของ ROP ว่า หมายถึงการปฏิบัติที่องค์กรต้องจัดให้มีเพื่อยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยและเพื่อลดความเสี่ยง เป็นข้อกำหนดที่มีความเฉพาะสำหรับการรับรองคุณภาพ และจะมีการปรับปรุงเพิ่มเติมตามบทเรียน หลักฐาน และแนวทางการปฏิบัติต่างๆ ที่เกิดขึ้น

ตั้งแต่ปี 2006 เป็นต้นมา ทาง CCHSA ได้ใช้ ROP ในการประเมินระหว่างการเยี่ยมชมสำรวจ หากปฏิบัติไม่ครบถ้วนก็จะมีผลต่อสถานภาพของการรับรอง และจะต้องมีการแก้ไขปรับปรุงโดยเร่งด่วนหากยังไม่มี การปฏิบัติ ROP เหล่านี้จะเป็นส่วนขยายความมาตรฐานที่ใช้ในการประเมินอยู่แล้ว

ในการประเมินจะแบ่งระดับออกเป็น Not in place (N), In development (D), Fully implemented (I), A Leading Practice (L)

PATIENT SAFETY AREA 1: CULTURE

GOAL: สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

ROPs :

1. ระบุเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ที่มีความสำคัญสูงเป็นลายลักษณ์อักษร
2. จัดทำรายงานเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อคณะกรรมการโรงพยาบาลทุก 3 เดือน โดยครอบคลุมการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากการสอบสวนอุบัติการณ์
3. จัดให้มีระบบรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทั้งที่เกิดขึ้นจริงและที่มีโอกาสเกิดขึ้น รวมทั้งมีระบบการติดตามที่เหมาะสม
4. กำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ กลไกช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการ และนำไปสู่การปฏิบัติ

¹⁹ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 8 ฉบับที่ 180 (16-30 เมษายน 2550)

5. จัดให้มีการกระบวนการวิเคราะห์เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในลักษณะของการวิเคราะห์ไปข้างหน้า (เช่น การใช้ FMEA) อย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง และดำเนินการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม

PATIENT SAFETY AREA 2: COMMUNICATION

GOAL: ปรับปรุงประสิทธิผลและความร่วมมือในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการ และการสื่อสารกับผู้รับบริการ ตลอดในทุกขั้นตอนของการดูแล

ROPs:

1. ให้ข้อมูลและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว เกี่ยวกับบทบาทของตนในเรื่องความปลอดภัย โดยใช้การสื่อสารด้วยเอกสารและวาจา
2. ใช้กลไกที่ได้ผลในการส่งต่อข้อมูลข่าวสารที่จตุรรอยต่อต่างๆ ได้แก่ การส่งเวร การจำหน่าย การส่งต่อหรือการเปลี่ยนสถานบริการ
3. มีกระบวนการสอบทานและระบบตรวจสอบอื่นๆ สำหรับกิจกรรมการดูแลที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การส่งตรวจและการรับผลการตรวจที่มีความสำคัญสูง, การทำผ่าตัดหรือการสอดใส่อุปกรณ์, การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค, การให้ยา
4. มีการทำ medication reconciliation เมื่อรับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วม
5. มีการทำ medication reconciliation กับผู้ป่วยเมื่อมีการส่งต่อหรือย้ายจุดบริการ และสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานที่ให้การดูแลต่อเนื่อง

PATIENT SAFETY AREA 3: MEDICATION USE

GOAL: สร้างความมั่นใจในการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง

ROPs:

1. ไม่เก็บ concentrated electrolytes (เช่น potassium chloride, potassium, sodium chloride >0.9%) ไว้ที่หอผู้ป่วยหรือหน่วยดูแลผู้ป่วย
2. จัดทำมาตรฐานและจำกัดจำนวนความเข้มข้นของยาที่ใช้ในโรงพยาบาล

GOAL: สร้างความมั่นใจว่าจะมีการให้ยา parenteral อย่างปลอดภัย

ROP:

1. จัดให้มีการฝึกอบรมที่ได้ผลและต่อเนื่องในการใช้ infusion pump ทุกชนิด ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานที่ต้องใช้

PATIENT SAFETY AREA 4: WORKLIFE/WORKFORCE

GOAL: สร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการดูแลอย่างปลอดภัย

ROPs:

1. จัดให้มีการฝึกอบรมเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยแก่เจ้าหน้าที่อย่างน้อยปีละครั้ง
2. จัดทำแผนและดำเนินการประเมินในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและทำกิจกรรมปรับปรุง
3. กำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงานในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยให้ชัดเจน
4. จัดให้มีแผนงานบำรุงรักษาเชิงป้องกันที่ได้ผลสำหรับอุปกรณ์ เครื่องมือ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ทั้งหมด

PATIENT SAFETY AREA 5: INFECTION CONTROL

GOAL: ลดความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล และผลกระทบของการติดเชื้อตลอดทุกขั้นตอนของการดูแล

ROPs:

1. ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด เช่น การล้างมือ การทำความสะอาดเครื่องมือและทำให้ปราศเชื้อ
2. จัดให้มีการศึกษาและฝึกอบรมให้แก่บุคลากรและอาสาสมัครในเรื่องการล้างมือ
3. ติดตามอัตราการติดเชื้อและเผยแพร่ข้อมูลให้ทราบทั่วทั้งโรงพยาบาล
4. ตรวจสอบและปรับปรุงกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ

จะเห็นว่าใน ROP หลายข้อ เราได้มีการดำเนินการอยู่แล้ว และมีอีกหลายข้อที่เราอาจจะยังไม่ได้ทำอะไร น่าสนใจที่จะพิจารณาว่าในหัวข้อที่เรายังไม่ได้ทำนั้น มีความจำเป็นสำหรับโรงพยาบาลในประเทศไทยเพียงใด

เรียนรู้คุณภาพจากคดีฟ้องหมอฝรั่ง²⁰

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล

เวลาไปพูดคุยกับแพทย์ในโรงพยาบาลต่างๆ คุณ Anthony Wagemakers ที่ปรึกษาชาวแคนาดาของ พรพ. มักจะแนะนำว่าแพทย์ควรมีโอกาสเข้าไปร่วมรับฟังการพิจารณาคดีที่แพทย์ถูกฟ้องในศาล จะทำให้แพทย์เห็นความสำคัญของการบันทึกเวชระเบียนและการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ

เราคงไม่อยากจะให้มีโอกาสเช่นนั้นเกิดขึ้นบ่อยนัก

เป็นเรื่องปกติของแพทย์อเมริกันที่จะต้องมีการทำประกันการฟ้องร้อง ทั้งทนายความและบริษัทที่รับประกันให้แก่แพทย์ มีความเชี่ยวชาญมากขึ้นเรื่อยๆ ในการทำหน้าที่ของตนเอง ต่างก็มี web site ที่จะเผยแพร่ข้อมูล ฝ่ายทนายความก็เผยแพร่ว่าจะหาทางเอาชนะแพทย์ได้อย่างไร ฝ่ายบริษัทประกันก็นำเอากรณีศึกษาต่างๆ มาวิเคราะห์ให้เห็นว่าการดูแลในกรณีดังกล่าวนั้นมีจุดอ่อนที่ควรจะต้องปิดช่องโหว่ได้อย่างไร

แม้จะเป็นการฟ้องร้องที่มีได้เกิดขึ้นในบ้านเรา แต่ก็น่าสนใจที่จะศึกษา

CRICO/RMF เป็นบริษัทประกันด้าน patient safety และ medical malpractice ซึ่งชุมชนแพทย์ของ Harvard เป็นเจ้าของ โดยแยกการทำงานเป็นสองด้านคือ CRICO (Controlled Risk Insurance Company) ทำหน้าที่เป็นผู้ประกัน และ RMF (Risk Management Foundation) ทำหน้าที่ให้ความรู้แก่สมาชิกแพทย์ซึ่งมีอยู่ประมาณหมื่นคนโดยอาศัยฐานข้อมูลการฟ้องร้องที่สะสมมากกว่า 25 ปีช่วยเหลือแพทย์และโรงพยาบาลในการสร้างระบบบริการที่ปลอดภัย

ที่ web site <http://www.rmfm.harvard.edu> มีกรณีศึกษาที่รวบรวมมาจากคดีฟ้องร้องกว่า 30 กรณี ซึ่งในแต่ละกรณีจะมีสรุปเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น บทเรียน ผลคดี การวิเคราะห์ในมุมมองทางคลินิก มุมมองของผู้ป่วย มุมมองของผู้บริหารความเสี่ยง และมุมมองการต่อสู้คดี

มีตัวอย่างมุมมองที่น่าสนใจจากกรณีศึกษาเหล่านี้ ดังกรณีตัวอย่างต่อไปนี้

ผู้ป่วยหญิงอายุ 21 ปี มีความพิการแต่กำเนิดหลายอย่างร่วมกัน รวมทั้งเป็น diabetes insipidus (DI) ด้วย ผู้ป่วยไม่สามารถพูดได้แต่สามารถสื่อสารกันด้วยสีหน้าได้ การดำรงชีวิตต้องพึ่งพิงคนในครอบครัวทุกอย่าง มารดาเป็นผู้ดูแลเรื่อง DI ด้วยการระมัดระวังกับปริมาณน้ำดื่มที่ผู้ป่วยได้รับ เมื่อสามปีก่อนเคยได้รับการผ่าตัดตะโพกและมีภาวะแทรกซ้อนเนื่องจาก hypernatremia ในครั้งนี้ก็เป็นการผ่าตัดตะโพกอีกเช่นกัน โดยมารดาได้ remind แพทย์เกี่ยวกับ DI และภาวะแทรกซ้อนที่เคยเกิดขึ้น ซึ่งศัลยแพทย์ก็รับฟังและขอให้เธอบอกเล่าให้วิสัญญีแพทย์ทราบด้วย วิสัญญีแพทย์ได้ดูแลเรื่องนี้อย่างระมัดระวังในระหว่างการระงับ

²⁰ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 8 ฉบับที่ 189 (15-31 สิงหาคม 2550)

ความรู้สึก ในระหว่างการผ่าตัดมีการเปลี่ยนตัวแพทย์ประจำบ้านที่ช่วยผ่าตัด ซึ่งแพทย์ประจำบ้านคนใหม่ ไม่ได้รู้รายละเอียดของผู้ป่วยมาก่อน

หลังผ่าตัดศัลยแพทย์เจ้าของไข้ก็ลาพักก่อน แล้วเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ก็เกิดขึ้น เนื่องจากการที่ไม่ได้สื่อสารและไม่ได้ตระหนักในปัญหาที่ซับซ้อนของผู้ป่วย ไม่มีการ monitor ระดับ sodium ในเลือด แม้มารดาจะพยายามแนะนำวิธีการ monitor fluid I/O เป็นรายชั่วโมง แต่พยาบาลก็ได้ปฏิบัติตามเนื่องจากเชื่อว่าคำสั่งของแพทย์น่าจะครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยแล้ว

ในที่สุดผู้ป่วยมี severe hyponatremia มีอาการชักและหมดสติ เกิด permanent brain damage และกลายเป็นเจ้าหญิงนิทรา

RMF ได้สรุปบทเรียนจากผู้ป่วยรายนี้ว่า

1. ผู้ป่วยรายนี้พูดไม่ได้ มีภาวะร่วมที่ซับซ้อน และได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งผู้ป่วยลักษณะนี้ควรจะได้รับการวางแผนและประสานงานระหว่างทีมผู้ให้บริการเพิ่มเป็นพิเศษ เพื่อให้มั่นใจว่าผลลัพธ์จะออกมาดีที่สุด ความเครียดจากการผ่าตัดอาจจะทำให้ภาวะร่วมนั้นเกิดอันตรายจนควบคุมไม่ได้ ในด้านบวกผู้ป่วยเหล่านี้มักจะมาควบคู่กับครอบครัวที่ใส่ใจและสามารถช่วยเหลือในการบ่งชี้อาการบางอย่างที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้เอง

2. ศัลยแพทย์หัวหน้าทีมวางแผนไปพักก่อนทันทีหลังการผ่าตัดผู้ป่วยรายนี้ โดยไม่มีข้อแนะนำในการดูแลภาวะ DI ไม่ว่าจะเป็นอย่างเฉื่อยหรือเป็นลายลักษณ์อักษร ที่จริงแล้วการผ่าตัด elective สามารถเลือกกำหนดวันที่ศัลยแพทย์จะอยู่ดูแลหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิดได้อย่างไร การทำงานเป็นทีม การวางแผนเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ก็เป็นสิ่งที่มีความจำเป็น

3. ไม่มีการวางแผนเฝ้าระวังภาวะ DI หลังผ่าตัดโดยแพทย์ประจำบ้านคนแรกที่อยู่กับผู้ป่วยดี หรือโดยแพทย์ประจำบ้านคนที่สองที่เขียนคำสั่งการดูแลหลังผ่าตัด การกำหนดให้ชัดเจนว่าภาวะหรือปัญหาสำคัญที่ต้องมีการปรึกษาได้แก่อะไรบ้าง จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญตามความจำเป็น แผนการดูแลควรติดตามผู้ป่วยไปในทุกจุดของการดูแล และแสดงให้เห็นประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญในผู้ป่วยแต่ละราย

4. การมุ่งเน้นไปที่การผ่าตัดตะโพกเพียงอย่างเดียวทำให้เกิดการละเลยภาวะ DI บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวจะนำเสนอประเด็นที่เป็น main concern ซึ่งแตกต่างไปจากของแพทย์ การใส่ใจต่อ main concern เหล่านี้อาจจะเป็นกุญแจสู่ผลลัพธ์การดูแลที่ประสบความสำเร็จได้ ร่วมกับการทบทวนเวชระเบียนในเวลาสั้นๆ ระหว่างการส่งมอบผู้ป่วย การใช้พื้นที่พิเศษในเวชระเบียนเพื่อระบุ main concern สามารถเป็นเครื่องเตือนที่มีประโยชน์สำหรับผู้ดูแลที่ต้องมารับผิดชอบต่อ

5. การดูแลที่แยกส่วน การตัดสินใจโดยลำพัง ทำให้เพิ่มความเสี่ยงจนไม่สามารถจะควบคุมภาวะ DI ของผู้ป่วยได้ ทีมควรได้รับการฝึกฝนเทคนิคของการสื่อสารที่ชัดเจนเพื่อรับรู้และยืนยันแผนการดูแลผู้ป่วย การปรับปรุงความร่วมมือเมื่อเกิดวิกฤติ การที่ผู้ปฏิบัติงานระดับ

ล่างจะส่งเสียงบอกละที่ concern และโต้แย้งการตัดสินใจที่อาจเกิดอันตราย และควรให้สมาชิก
ที่มทุกคนได้เห็นภาพรวมทั้งหมดของความต้องการของผู้ป่วย

6. ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการข้อมูล ต้องการแบ่งปันข้อมูล และต้องการมีส่วนร่วมใน
การดูแลผู้ป่วย การที่จะนำครอบครัวเข้ามาร่วมในกระบวนการดูแล ผู้นำจะต้องกำหนดความ
คาดหวังและสร้างบรรยากาศของการแบ่งปันข้อมูล การดูแลที่ได้ผลจะต้องมีกลไกที่จะนำเอา
ข้อมูลที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีอยู่มาใช้ประโยชน์

7. การดูแลผู้ป่วยรายนี้มีลักษณะของการคาดว่า (assumption) ศัลยแพทย์คาดว่า
มารดาจะบอกเล่าให้วิสัญญีแพทย์ทราบเกี่ยวกับ DI และคาดว่าแพทย์ที่สั่งการรักษาหลังผ่าตัด
จะคำนึงถึงเรื่อง DI ด้วย พยาบาลที่ตึกคาดว่าคำสั่งการรักษาของแพทย์ประจำบ้านจะ
ครอบคลุมปัญหาทุกอย่างที่มารดาแสดงความห่วงกังวล ฯลฯ การพัฒนาคุณภาพการดูแลส่วน
ใหญ่ขณะนี้จะมีมุ่งมาที่การวางระบบที่รัดกุมในช่วงของการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล ระหว่างผู้
ให้บริการ เพื่อให้ผู้ให้บริการจะมีความตระหนักในปัจจุบันแทรกซ้อนที่เพิ่มความเสี่ยงแก่ผู้ป่วย
มาตรการที่จะช่วยอาจจะเป็นการกำหนดให้ต้องขอคำปรึกษาในภาวะบางอย่าง การระบุบัญชี
รายการปัญหาและแผนการดูแลที่ติดตามผู้ป่วยไปตลอด มาตรฐานการสื่อสาร เป็นต้น

8. ศัลยแพทย์จะต้องรับผิดชอบต่อการดูแลหลังผ่าตัดที่เหมาะสม รวมทั้งการเฝ้าระวัง
สถานะที่มีอยู่เดิมก่อนผ่าตัดและอาจจะรุกรามจนเกิดอันตราย แผนของพ่อแม่ผู้ป่วยรายนี้คือ
การดูแลผู้ป่วยที่บ้านจนกว่าตนจะมีอายุถึงวัย 70 ซึ่งตอนนี้ก็เป็นไปไม่ได้เสียแล้ว การจ่ายเงิน
ค่าชดเชยความเสียหายกลายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

จะเห็นว่ากรณีศึกษาเพียงรายเดียว ก็ทำให้เราเห็นโอกาสพัฒนาระบบได้มากมาย แต่
เงื่อนไขของการอ่านคือไม่มุ่งเก็บเฉพาะสถานะทางคลินิก เช่น ในรายนี้ไม่ควรสนใจเฉพาะ DI
แต่ควรสนใจว่ามีภาวะอะไรอย่างอื่นอีกบ้างที่อาจจะเกิดปัญหาคล้าย DI จะทำให้เราเห็นความจำเป็น
ที่จะต้องปรับปรุงระบบต่าง ๆ ของเราเอง เช่น การทำงานเป็นทีม การขอคำปรึกษา การบ่งชี้
ปัญหาในมุมมองของทุกฝ่าย การวางแผนในรายที่ซับซ้อน การสื่อสาร การส่งต่อข้อมูล ฯลฯ

ต้องการบทเรียน ไม่ใช่สถิติ²¹

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ข้อมูลอุบัติการณ์เป็นข้อมูลที่น่าสนใจ เพราะจะนำไปสู่ความเข้าใจและการเปลี่ยนแปลง สิ่งที่เราคุ้นเคยคือข้อมูลสถิติการเกิดอุบัติการณ์ ซึ่งเป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นตัวเลขที่ชัดเจนว่าเกิดเหตุขึ้นกี่ครั้ง มีอัตราเท่าไร เกิดที่ไหน มีแนวโน้มเป็นอย่างไร

ข้อมูลดังกล่าวเป็นสิ่งที่มีความหมายที่ทำให้เห็นภาพสถานการณ์และแนวโน้ม ภายใต้เงื่อนไขว่าผู้เกี่ยวข้องเข้าใจเป้าหมายของการเก็บข้อมูล พร้อมใจกันรายงานข้อมูลที่เป็นจริงให้สมบูรณ์ที่สุด และมีความพยายามที่จะแปลความหมายและใช้ประโยชน์จากข้อมูล

แต่ถ้าเงื่อนไขดังกล่าวไม่เกิดขึ้น ความพยายามที่จะเก็บข้อมูลสถิติจะกลายเป็นปัญหาเป็นภาระ ก่อให้เกิดความขัดแย้ง ความเข้าใจผิด และการใช้พลังที่ไม่เกิดประโยชน์

ธุรกิจการบิน เป็นตัวอย่างของระบบรายงานอุบัติการณ์ที่ดี รายงานเหตุการณ์เกือบพลาด ความผิดพลาด และอุบัติการณ์ต่างๆ ไปยังหน่วยงานกลาง พร้อมทั้งข้อมูลรายละเอียดสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้สามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาได้ ระบบดังกล่าวมิได้ให้ความสำคัญกับข้อมูลสถิติที่เป็นตัวเลข แต่ให้ความสำคัญกับลักษณะการเกิดปัญหา ความเข้าใจลักษณะการเกิดปัญหาทำให้คนอื่นได้ใช้ประโยชน์ในเชิงป้องกัน

ในวงสนทนา มักจะมีการปรับทุกข์กันว่า เมื่อใดที่มีเหตุการณ์อุบัติการณ์เกิดขึ้น ผู้ที่เกี่ยวข้องมักจะไม่รายงาน ครั้นผู้ที่เกี่ยวข้องเห็นเหตุการณ์เป็นผู้รายงาน ก็จะกลายเป็นบุคคลตัวร้ายในสายตาของคนอื่น

เราควรกลับมาทำความเข้าใจกันใหม่ หรือเริ่มต้นกันใหม่ว่า “สิ่งที่ต้องการคือบทเรียน ไม่ใช่ข้อมูลสถิติ” ข้อมูลสถิตินั้นถ้าได้ก็ดี แต่ถ้าได้มาด้วยการเสียไปซึ่งบรรยากาศของความร่วมมือและการเรียนรู้แล้ว จะเป็นการลงทุนที่สูงเกินไป

เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้น เป็นหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องจะมาพูดคุยร่วมกันว่า จุดอ่อนในระบบอยู่ตรงไหน จะร่วมมือกันป้องกันมิให้เกิดซ้ำขึ้นอีกได้อย่างไร จะมั่นใจได้อย่างไรว่าแนวทางการป้องกันที่คิดไว้นั้นจะเพียงพอและได้รับการนำไปปฏิบัติ

นี่คือสิ่งที่เรียกว่าเป็นบทเรียน

การออกแบบเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ควรทำบนพื้นฐานความเข้าใจความรู้สึกของผู้ปฏิบัติงาน ความเข้าใจในปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจริงระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับสิ่งแวดล้อม

วิธีการง่ายๆ ที่จะทำความเข้าใจความรู้สึกและความสัมพันธ์ดังกล่าว คือการใช้เทคนิค “บ่นออกมาดังๆ” โดยผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจจะเป็นผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์โดยตรง หรือผู้ที่ทำงานใกล้เคียงกับผู้ที่ต้องอยู่ในเหตุการณ์ ให้ทำเหมือนกับเดินย้อนรอยเข้าไปในอดีต อยู่ใน

²¹ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 7 ฉบับที่ 162 (15-31 กรกฎาคม 2549)

สถานการณ์ของการปฏิบัติงานจริง และพูดในสิ่งที่คิดหรือรู้สึกออกมาดัง ๆ พร้อมทั้งบันทึกเทปไว้ ข้อมูลเหล่านี้ถือว่าเป็นข้อมูลเพื่อการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งไม่ควรนำไปใช้เพื่อการพิจารณาความผิดของผู้เกี่ยวข้อง

นำเทปดังกล่าวมารับฟังร่วมกันในที่ทำงาน เพื่อหาโอกาสที่จะปรับปรุงสิ่งแวดล้อมหรือเครื่องอำนวยความสะดวกในการทำงานอย่างไร เพื่อไม่ให้เกิดสภาพที่บีบคั้นต่อการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน

ข้อมูลการจำนวนการผ่าตัดผิดข้าง อาจบอกได้เพียงว่ามีปัญหาที่โผล่พ้นน้ำขึ้นมากี่ครั้ง แต่ไม่ได้บอกว่าทำไมจึงเกิด และมีส่วนที่อยู่ใต้ภูเขาน้ำแข็งอีกเท่าไร

จำนวนหรืออัตราผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผิดข้าง จึงมีประโยชน์น้อยกว่าการรู้ว่าสาเหตุของการผ่าตัดผิดครั้งนั้น เป็นเพราะแพทย์เชื่อฟิล์มเอกซเรย์ที่ติด label ข้างซ้ายขวาผิดข้าง

การรู้สาเหตุดังกล่าวก็ยังไม่เพียงพอสำหรับการป้องกันปัญหาในเชิงระบบ ด้วยการขอให้เจ้าหน้าที่เอกซเรย์ลองบ่นออกมาดัง ๆ ว่าในระหว่างที่ทำงานนั้น มีความรู้สึกและมีข้อติดขัดอย่างไร

การปรับปรุงระบบงานของเอกซเรย์ควบคู่กับการมีระบบระบบตำแหน่งและตรวจสอบตำแหน่งที่จะผ่าตัด จึงจะให้หลักประกันว่าโอกาสเกิดปัญหาดังกล่าวจะลดลง

สิ่งที่เราต้องการมากที่สุด คือบทเรียนและการปรับปรุง

ว่าด้วย Trigger Tool

Trigger Tool: เครื่องมือวัดอุบัติการณ์ทางคลินิก ²²

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล

การค้นหาค่าความเสี่ยงทางคลินิกเป็นเรื่องไม่ยาก หากแพทย์และพยาบาลมาร่วมกันวิเคราะห์โอกาสเกิดปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแต่ละโรค การเริ่มด้วยโรคทำให้เห็นความเสี่ยงได้ชัดเจน เมื่อเห็นความเสี่ยงชัดเจนแล้ว แนวทางในการป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ก็จะมีคำตอบ

เจนตามมาด้วย

การจะรับทราบว่าจะเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (adverse event) เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด ก็กำลังจะเป็นเรื่องที่ไม่ยากอีกต่อไป หากโรงพยาบาลต่างๆ ได้นำเครื่องมือคุณภาพที่เรียกว่า trigger tool มาใช้

เครื่องมือนี้พัฒนาขึ้นมาโดย IHI มีหลักการใกล้เคียงกับการศึกษาวิจัยที่พยายามหาอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ทำได้โดยทั่วไป เพียงแต่ทำให้เรียบง่ายขึ้น ใช้การสุ่มตัวอย่างเพื่อลดปริมาณการเก็บข้อมูล และมีการเก็บข้อมูลอย่างสม่ำเสมอทำให้ทราบระดับการเกิดเหตุการณ์และแนวโน้มได้อย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือตัวนี้จะช่วยเสริมระบบรายงานอุบัติการณ์ซึ่งมักจะพบปัญหาว่าไม่ค่อยครอบคลุมอุบัติการณ์ทางคลินิก

ต้องย้ำว่าเป็นเครื่องมือเสริม เพราะไม่ได้เป็นสิ่งที่มาทดแทนระบบรายงานอุบัติการณ์ที่โรงพยาบาลต่างๆ ใช้กันอยู่ อาจจะมีเหตุการณ์ที่รายงานซ้ำกันโดยสองวิธีนี้ แต่ก็มีจำนวนไม่มากนัก

Trigger อาจหมายถึง ตัวจุดชนวน ตัวกระตุ้น ตัวจุดประกาย ตัวริเริ่ม

Trigger ที่จะนำมาใช้ค้นหาอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ทางคลินิก คือสิ่งที่สามารถมองเห็นได้ง่าย และมักจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ trigger อาจจะเป็นตัวเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เอง เช่น การฉีกขาดของแผลฝีเย็บระดับ 3 หรือ 4 หรืออาจจะเป็นเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง เช่น การใช้ยากระตุ้นคลอด (เป็น intervention ที่อาจจะนำไปสู่เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์) การใช้ยาแก้แพ้ การใช้ยาแก้ไอเจียน หรือการหยุดยาอย่างกะทันหัน (เป็นการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น)

ทาง IHI ได้จัดทำบัญชีรายการ trigger ขึ้นมาจำนวนหนึ่ง ประกอบด้วย

- Care module triggers 15 ตัว
- Surgical module triggers 15 ตัว
- Medication module triggers 13 ตัว

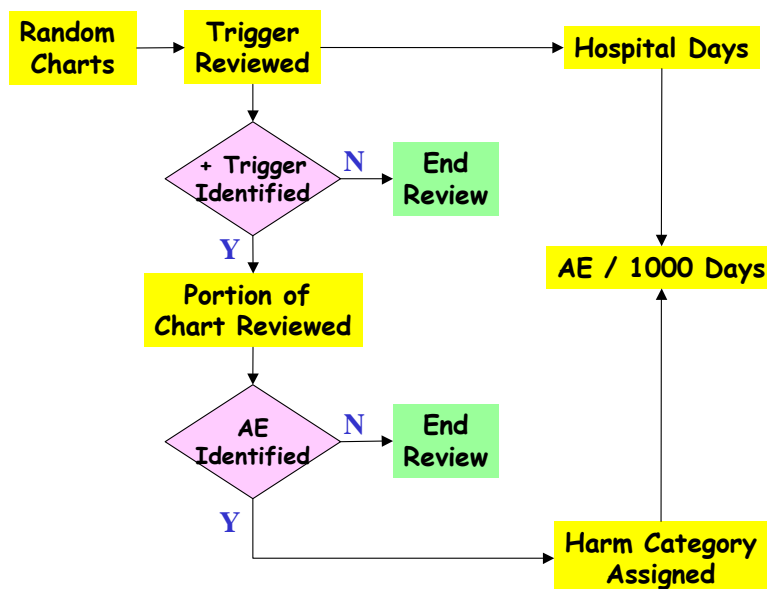
²² ดีพิมพีใน Medical Times ปีที่ 7 ฉบับที่ 159 (1-15 มิถุนายน 2549)

- Intensive care module triggers 4 ตัว
- Perinatal module triggers 6 ตัว
- Emergency department module triggers 2 ตัว

รวมทั้งหมด 55 ตัว เรียกว่า global trigger tool โดยที่ trigger ใน care module และ medication module จะเป็นตัวร่วมที่ใช้สำหรับผู้ป่วยทุกแผนก

หลักการสำคัญที่จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือโดยลงแรงแต่น้อย คือการสุ่มตัวอย่างเวชระเบียนและการทบทวนเพื่อค้นหาเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ มิใช่การทบทวนเวชระเบียนทั้งหมด

การสุ่มเวชระเบียนมาทบทวนจะทำทุกช่วง 2 สัปดาห์ โดยสุ่มเวชระเบียนอย่างต่ำ 10 ฉบับ มีผู้ทบทวนเวชระเบียนฉบับละ 2 คน ซึ่งผู้ทบทวนจะเป็นพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพอื่นซึ่งได้รับการฝึกอบรม และจะให้แพทย์เป็นผู้ยืนยันอีกครั้งว่าเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (adverse event) หรือไม่



ในการทบทวนเวชระเบียนที่สุ่มมาได้ จะมองหา trigger ก่อน ถ้าไม่มี trigger ก็จบการทบทวนเวชระเบียนฉบับนั้น ถ้ามี trigger ก็ทบทวนต่อไปเพื่อดูว่ามีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นหรือไม่ การทบทวนจึงเป็นการทบทวนเพียงบางส่วนของเวชระเบียนที่เกี่ยวข้อง มิใช่การทบทวนบันทึกเวชระเบียนทั้งหมด

การพิจารณาว่ามีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นหรือไม่ จะพิจารณาในมุมมองของผู้ป่วยว่าเหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดอันตรายหรือความเสียหายต่อผู้ป่วยหรือไม่ ผู้ทบทวนจะสบายใจหรือไม่หากเกิดเหตุการณ์นั้นขึ้นกับตนเอง ถ้าคำตอบคือ “ไม่สบายใจ” นั่นก็ถือว่ามีความเสี่ยงเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย คำถามที่จะต้องถามต่อไปก็คือว่าเหตุการณ์นั้นเป็นความรุนแรงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของโรคหรือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

หากพบว่ามีการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น จะจำแนกระดับของอันตรายหรือความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยประยุกต์เกณฑ์ของ National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) ตั้งแต่ระดับ E ถึง I

Category E: Temporary harm to the patient and required intervention

Category F: Temporary harm to the patient and required initial or prolonged hospitalization

Category G: Permanent patient harm

Category H: Intervention required to sustain life

Category I: Patient death

จากจำนวนเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น เมื่อนำมาคำนวณกับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของเวชระเบียนที่ส่งมาทบทวน จะสามารถหาอัตราการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อ 1000 วันนอนโรงพยาบาล และด้วยการสุ่มทบทวนเวชระเบียนทุกสองสัปดาห์ จะทำให้สามารถสร้าง control chart แสดงระดับของอัตราการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้

เครื่องมือนี้นับว่าเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้โรงพยาบาลได้ทราบระดับการเกิดปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย นำไปสู่ความตระหนักและความร่วมมือในการสร้างระบบที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น สำหรับผู้ป่วยและผู้ประกอบวิชาชีพ

การวัดที่คุ้มค่า²³

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

เมื่อใดที่มีการพูดถึงเรื่อง patient safety ในเวทีประชุมระหว่างประเทศ ประเด็นหนึ่งที่น่าจะถูกหยิบยกขึ้นมากล่าวถึงคือเรื่องของการไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับระดับความเสี่ยงอันตราย หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการดูแลผู้ป่วย

แนวคิดในเรื่องการวัดอัตราการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์นี้ เป็นการมุ่งสนใจผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากกว่ามุ่งหาความผิดพลาด ในบางครั้ง เหตุการณ์หรือผลที่ไม่พึงประสงค์นั้น อาจเกิดขึ้นโดยไม่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยใดๆ เลยก็ได้ การทราบข้อมูลนี้จะมีส่วนให้เกิดความตระหนักว่าจะต้องใส่ใจปรับปรุงระบบงานในส่วนใดให้รัดกุมขึ้น

ข้อมูลส่วนใหญ่มาจากการวิจัยในประเทศที่พัฒนาแล้ว เป็นการวิจัยที่ต้องอาศัยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนจำนวนมากทีเดียว เพื่อให้สามารถสรุปได้ด้วยความมั่นใจว่ามีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นเท่าใด มีลักษณะการเกิดอย่างไร มีความรุนแรงระดับใด

เพื่อให้ง่ายต่อการสรุปว่ามีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่ ผู้วิจัยมักจะกำหนดเกณฑ์การคัดกรองที่มีความไว และเลือกทบทวนโดยละเอียดเฉพาะเวชระเบียนที่เข้าได้กับเกณฑ์คัดกรองเหล่านั้น ตัวอย่างของเกณฑ์คัดกรองเหล่านี้ เช่น การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ การเข้าหอผู้ป่วยวิกฤติโดยมิได้วางแผน การรับการผ่าตัดซ้ำ การติดเชื้อในโรงพยาบาล การมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เป็นต้น ทำให้ช่วยลดภาระในการทบทวนเวชระเบียนลงไปได้มาก

วิธีการนี้ต้องอาศัยจำนวนตัวอย่างที่มากพอสมควรในแต่ละโรงพยาบาลที่ทำการศึกษ เช่น ประมาณ 200-300 ฉบับ อัตราการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มักจะเทียบกับจำนวนผู้ป่วยหรือวันนอนโรงพยาบาลที่สุ่มมาศึกษา ซึ่งควรจะเป็นตัวแทนของประชากรผู้ป่วยทั้งหมดได้ อย่างไรก็ตาม ด้วยจำนวนข้อมูลที่มากขนาดนี้ จึงสามารถเก็บข้อมูลได้เฉพาะในช่วงเวลาที่มีการวิจัยเท่านั้น จากข้อมูลทั่วโลก พบว่าอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงอยู่ในระดับประมาณร้อยละ 10

Institute of Healthcare Improvement (IHI) ได้ประยุกต์ใช้วิธีการวิจัยดังกล่าวมาทำในลักษณะของงานประจำ คือสุ่มตัวอย่างให้น้อย แต่วัดให้บ่อยขึ้น เช่น สุ่มเวชระเบียนผู้ป่วย 20 รายในช่วงเวลา 1 เดือน และมีการสุ่มทบทวนทุกเดือน ทำให้สามารถวัดอัตราการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ทุกเดือน ยิ่งวัดบ่อยก็ยิ่งเห็นตัวเองได้เร็วขึ้น และสามารถปรับเปลี่ยนได้เร็วขึ้น

วิธีการของ IHI จะคล้ายคลึงกับกระบวนการวิจัย โดยจะเรียกเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดกรองว่า trigger หรือตัวส่งสัญญาณ ซึ่งเริ่มจาก trigger ที่ส่งสัญญาณว่าจะมีเหตุการณ์หรือผลที่ไม่พึงประสงค์จากยาก่อน เช่น การมีคำสั่งหยุดใช้ยาโดยทันที การใช้ยาแก้แพ้ การใช้ยาแก้ฤทธิ์

²³ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 7 ฉบับที่ 169 (1-15 พฤศจิกายน 2549)

narcotics เป็นต้น และต่อมาก็ขยายไปสู่ trigger ในด้านการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยผ่าตัด การคลอด ผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยฉุกเฉิน จึงเรียกเครื่องมือนี้ว่า global trigger tool

จากการทดลองนำเครื่องมือ global trigger tool มาทดลองใช้ในโรงพยาบาลบางแห่ง พบว่าโอกาสที่จะพบเวชระเบียนที่มีเหตุการณ์หรือผลที่ไม่พึงประสงค์จากการสูมตัวอย่างในจำนวนที่ IHI เสนอแนะคือเดือนละ 20 ฉบับนั้น ค่อนข้างจะน้อย และอาจจะก่อให้เกิดการแปลความไปในทางที่คลาดเคลื่อนว่าโรงพยาบาลไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์บางอย่าง

จากการวิเคราะห์ระบบเฝ้าระวังและระบบรายงานอุบัติการณ์ต่างๆ ที่โรงพยาบาลมีอยู่แล้ว ทำให้เห็นโอกาสว่าโรงพยาบาลสามารถจะคัดเลือกเวชระเบียนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดเหตุการณ์หรือผลที่ไม่พึงประสงค์มาทบทวนโดยไม่ต้องสูมตัวอย่าง และคำนวณอัตราการเกิดเหตุการณ์หรือผลที่ไม่พึงประสงค์โดยเทียบกับจำนวนหรือวันนอนโรงพยาบาลทั้งหมดในช่วงเวลาที่ศึกษา แม้ว่าจะได้อัตราที่ต่ำกว่าความเป็นจริง แต่ก็จะทำให้เกิดการรับรู้เหตุการณ์หรือผลที่ไม่พึงประสงค์ได้มากกว่า

จากการทดลองค้นหาและทบทวนเวชระเบียนตามเกณฑ์ง่าย ๆ เช่น ผู้ป่วยที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน, ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ้ำ, ผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยวิกฤติโดยมิได้วางแผน, ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาล, ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ต้องให้การดูแลรักษา, ผู้ป่วยที่แพ้ยา, มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด, ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปดูแลในระดับที่สูงขึ้น ทำให้สามารถค้นหาเวชระเบียนที่มีเหตุการณ์หรือผลที่ไม่พึงประสงค์ได้จำนวนหนึ่งซึ่งให้เห็นโอกาสพัฒนาระบบงานต่างๆ ได้มาก

ด้วยจำนวนเวชระเบียนที่จะต้องทบทวน ทำให้การทบทวนมุ่งไปที่การพิจารณาว่าผู้ป่วยรายนี้ประสบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่ โอกาสที่จะเกิดความขัดแย้งหรือ defensive ในระหว่างการทบทวนจะมีน้อย เนื่องจากไม่จำเป็นต้องให้ผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแต่ละรายนั้นเข้าร่วมทบทวนด้วย ยกเว้นในกรณีที่มีข้อสงสัย จะต้องมีการให้ผู้รู้เข้ามาช่วยตัดสินใจ

แม้ว่าระบบการวัดในลักษณะนี้จะไม่ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ แต่สิ่งที่ได้มากกว่าก็คือการรับรู้ปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้น และการทราบแนวโน้มของการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งจะสะท้อนความตรงประเด็นและประสิทธิภาพในการปรับปรุงระบบงานที่ทีมงานได้ทำลงไป ทั้งนี้โดยจัดระบบให้เหมาะสมเพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะใช้ข้อมูลนี้เพื่อการพัฒนาคุณภาพภายในของโรงพยาบาลเอง

Trigger Update ²⁴

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

เวชระเบียนเป็นชุมทรัพย์ที่ยิ่งใหญ่สำหรับการเรียนรู้เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย แต่ยังไม่ถูกนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์เต็มที่

Institute of Healthcare Improvement (IHI) พัฒนาเครื่องมือที่เรียกว่า Trigger Tool เพื่อใช้ในการค้นหาเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (adverse event - AE) โดยการสุ่มเวชระเบียนจำนวน 20 ฉบับต่อเดือน ใช้ trigger หรือตัวส่งสัญญาณเพื่อคัดกรองว่าเวชระเบียนฉบับนั้นมีโอกาสที่จะเกิด AE หรือไม่ การทบทวนเวชระเบียนจำนวนน้อยฉบับแต่ทำอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน จะทำให้เห็นข้อมูลแนวโน้มของการเกิด AE

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ทดลองนำวิธีการดังกล่าวมาใช้ แล้วพบว่าจำนวนเหตุการณ์ AE ที่ได้ มีน้อยมากจนไม่เกิดการเรียนรู้เท่าที่ควร จึงได้ดัดแปลงวิธีการโดยการนำ trigger มาเป็นเกณฑ์ในการกำหนดเวชระเบียนที่จะทบทวน เช่น re-admission, ER revisit, re-operation, adverse drug event, healthcare associated infection, death or CPR โดยมีกรอบคลุมเวชระเบียนที่มีโอกาสพบ AE ให้มากที่สุด และปรับวิธีการคำนวณอัตราการเกิด AE โดยใช้ตัวหารเป็นจำนวนวันนอนของผู้ป่วยทุกรายในช่วงเวลาที่ศึกษา

พรพ.ได้เชิญชวนโรงพยาบาลที่สนใจจำนวน 12 แห่ง เข้ามาร่วมเรียนรู้กระบวนการนี้เป็นการนำร่อง หลังจากที่ทำความเข้าใจในเบื้องต้นและไปทดลองเก็บข้อมูลแล้ว เมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2550 ที่ผ่านมา ผู้แทนของโรงพยาบาลนำร่องได้มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ขั้นต้นกัน

ในเวทีนี้ได้ทบทวนและยืนยันวัตถุประสงค์ของการหา AE จากเวชระเบียนว่ามี 3 ประการที่ควรจะให้ได้รับร่วมกันอย่างสมดุล คือ 1) การมองเห็นภาพรวมของ AE ของทั้งโรงพยาบาล 2) การเพิ่มประสิทธิภาพในการค้นหา AE และ 3) การนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ปรับปรุงระบบ

ปัญหาอุปสรรคที่ทีมงานคาดไว้ในช่วงก่อนทำงานคือการค้นหาเวชระเบียน และทีมงานที่จะมาร่วมทบทวน กลัปกลายเป็นว่าง่ายกว่าที่คาด โรงพยาบาลได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบหน่วยงานหรือระบบงานที่ต้องเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับ เช่น ICN ห้องผ่าตัด ห้องเลือด ทำให้ได้เวชระเบียนที่ต้องการได้ไม่ยาก ส่วนทีมงานที่มาร่วมทบทวนนั้น บางโรงพยาบาลได้รับความร่วมมือจาก Patient Care Team ส่งตัวแทนทั้งแพทย์และพยาบาลเข้ามาร่วม บางโรงพยาบาลยังอยู่ในขั้นเรียนรู้ในกลุ่มแกนหลักๆ อยู่

นี่คือตัวอย่างคำถามของทีมงานที่ได้รับประโยชน์อย่างไร

“trigger ทำให้ได้กลุ่มที่ชัดเจนมากขึ้นว่าจะทบทวนเวชระเบียนในผู้ป่วยกลุ่มใด”

²⁴ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 8 ฉบับที่ 187 (1-15 สิงหาคม 2550)

“ช่วยแก้ปัญหา *underreport* ความเสี่ยงทางคลินิก การค้นหาสมบรูณ์ได้ดีขึ้นมาก”
 “สิ่งที่ดีขึ้นคือ ความเชื่อมโยง สัมพันธภาพ การแลกเปลี่ยน การเก็บข้อมูลที่เป็นระบบ”
 “พบความร่วมมือและความตื่นตัว”
 “เห็นโอกาสของการพัฒนาเวชระเบียนที่ไม่สมบรูณ์”
 “ทำให้เห็นโอกาสพัฒนาและบริหารความเสี่ยงทางคลินิกได้ดีขึ้นมาก”
 “การทบทวนนี้สามารถพัฒนาไปสู่การทำ RCA โดยที่ไม่ *touch* ตัวบุคคล”
 “เดิมเรามีปัญหาเรื่องการทบทวนเวชระเบียน ไม่มีวัฒนธรรมการทบทวนเวชระเบียนที่เป็นธรรมชาติและต่อเนื่อง การเข้าร่วมโครงการนี้เป็นการกระตุ้นให้มี *activity* นี้”
 “คนที่มาร่วมทบทวน มักจะเป็นคนที่ผ่านกระบวนการคุณภาพมาแล้วระดับหนึ่ง มีเจตคติที่ดีต่อการทบทวน มักจะไม่พลิกดูว่าเป็นใคร ได้แต่บ่นว่ามันเป็นอย่างนี้ได้ยังไง”
 จากการนำกรณีตัวอย่างมาแลกเปลี่ยนกัน ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดความเข้าใจที่ชัดเจนมากขึ้นในการนำคำจำกัดความของ AE มาใช้ นั่นก็คือจะต้องแยกให้ได้ว่าเหตุการณ์นั้นเป็นไปตามธรรมชาติของโรค หรือเป็นเพราะการดูแลรักษา “การดูแลรักษาในที่นี้ครอบคลุมทั้งการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการแต่ละคน ระบบและกระบวนการที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมทั้งการที่ไม่สามารถให้การวินิจฉัยหรือรักษาได้ และการวินิจฉัยหรือรักษาที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เป็นไปอย่างที่ควรจะเป็น”

เริ่มด้วยกรณีง่ายๆ เช่น ผู้ป่วยติดเชื้ในโรงพยาบาลแล้วเสียชีวิต การติดเชื้ในโรงพยาบาลเป็น AE การเสียชีวิตเป็นผลพวงของ AE และเป็น *trigger* ที่ทำให้เราดึงเวชระเบียนฉบับนี้มาทบทวน

ผู้ป่วย *fracture pelvis* เมื่อรับไว้แล้วมี *tachycardia* โดยที่ความดันไม่ตก แต่ต่อมาเกิด *acute renal failure (ARF)* แล้วเสียชีวิต ในกรณี AE ที่เกิดขึ้นคือ ARF ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่า 1) ARF นี้เกิดจากการดูแล *shock* ที่ไม่เหมาะสม หรือ 2) ARF เกิดจากกระบวนการของโรคที่มีการทำลายเนื้อเยื่อในร่างกายจำนวนมาก หากเป็นกรณีแรกก็จะถือว่าเป็น AE แต่หากเป็นกรณีหลังก็จะไม่ถือว่าเป็น AE แต่เป็นการดำเนินตามธรรมชาติของโรค

ผู้ป่วยเกิด *malnutrition* ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ถ้าเป็นจากโรคมาเร็งก็ถือว่าเป็นตามธรรมชาติของโรค แต่ถ้าพบในผู้ป่วยอุบัติเหตุ เป็นไปได้ว่าเป็น AE จากการดูแลที่ไม่เพียงพอ

กรณีศึกษาเหล่านี้ นอกจากจะทำให้ทีมงานเกิดความเข้าใจที่ชัดเจนขึ้นว่าเมื่อไรจะตัดสินเป็น AE แล้ว ยังสามารถนำไปใช้ในการฝึกอบรมผู้ทบทวนได้

นอกจากนั้นทีมงานยังได้แลกเปลี่ยนข้อคิดกันว่าใครควรจะเป็นผู้ตัดสินว่าเป็น AE หรือไม่ คำตอบขึ้นกับบริบทของโรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนอาจจำเป็นต้องใช้ผู้ทบทวนที่ไม่ใช่แพทย์ ขณะที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่อาจจะใช้แพทย์ร่วมกับพยาบาล ข้อสรุปที่เห็นร่วมกันก็คือในช่วงแรกของการดำเนินการ แพทย์กับผู้ทบทวนที่ไม่ใช่แพทย์ควรจะทำางร่วมกัน มีการ

แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกันให้บ่อยเข้าไว้ จะพัฒนาการเรียนรู้ให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ควรจะมีระบบให้คำปรึกษาและระบบการยืนยันการตัดสินใจโดยแพทย์ จะทำให้ผู้ทบทวนมีความมั่นใจมากขึ้นเป็นลำดับ

ในเรื่องของการนำผลการทบทวนไปสู่การปรับปรุงระบบที่ได้ผล ทีมงานจะให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของ PCT ตั้งแต่เริ่มแรกในบทบาทของผู้ทบทวน PCT จะต้องจัดลำดับความสำคัญของประเด็นต่างๆ อาจจะต้องเจาะลึกในบางกรณี หรือเพียงการรับรู้ key word ของเหตุการณ์ก็อาจทำให้มองเห็นว่าจะต้องปรับปรุงกระบวนการใดบ้าง เช่น stiff knee after total knee arthroplasty, acute renal failure from prolong NSAID used, mis-diagnosis of heart failure

ประเด็นอื่นๆ ที่มีการแลกเปลี่ยนกันได้แก่ 1) การรักษาความลับ ให้อยู่ในระดับเดียวกับรายงานอุบัติการณ์ 2) แบบบันทึกรายละเอียด ให้มีเท่าที่จำเป็นโดยใช้แบบฟอร์มที่พรพ.กำหนดไว้เป็นพื้นฐาน โรงพยาบาลอาจจะเพิ่มเติมช่องประเด็นการพัฒนาเพื่อใช้ในการติดตาม และอาจจะกำหนดแบบบันทึกข้อมูลระหว่างการทบทวน (worksheet) สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย 3) บทบาทหลักของการทบทวนจะอยู่ที่ PCT ทีมความเสี่ยง และทีมประสานงานคุณภาพ สำหรับหน่วยงานบางหน่วยอาจจะต้องทำหน้าที่เป็นจุดระวัง และหน่วยงานทั่วไปสามารถนำ trigger ไปใช้ในการทบทวนคุณภาพในงานประจำเพื่อให้สามารถตรวจพบปัญหาได้เร็วขึ้นได้ แต่การตัดสินใจเรื่อง AE ควรทำโดยผู้ที่ได้รับมอบหมาย 4) ในโครงการนำร่องนี้จะยังไม่รวม AE เนื่องจากการรักษาแบบผู้ป่วยนอก 5) ควรส่งเสริมให้บูรณาการกิจกรรมนี้เข้ากับกิจกรรมคุณภาพที่โรงพยาบาลทำอยู่ 6) ควรมุ่งเน้นการใช้ systems approach ในการแก้ปัญหา คือปรับปรุงระบบงานมากกว่าการมุ่งหาผู้กระทำผิด

ความรู้สึกของผู้เข้าประชุมทั้งหมดก็คือ เครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์มากในการให้โรงพยาบาลเห็นโอกาสพัฒนาหรือจุดอ่อนที่ถูกกละเลยไป ซึ่งมีมากอย่างที่ทีมงานไม่เคยคาดมาก่อน แน่ใจว่าทีมงานมีความมั่นใจที่จะก้าวไปบนเส้นทางของการพัฒนาคุณภาพมากยิ่งขึ้น เป็นคุณภาพที่ส่งผลตรงถึงตัวผู้ป่วย และผู้ให้บริการได้รับประโยชน์ร่วมไปพร้อมกันด้วย

จาก Trigger Tools สู่ Triggered Chart Review²⁵

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

เมื่อต้นเดือนกันยายนที่ผ่านมา ผู้เขียนได้ไปร่วมเวทีอภิปรายเรื่อง trigger tools กับการบริหารความเสี่ยงให้กับโรงพยาบาลของ กทม. ที่โรงพยาบาลตากสิน ร่วมกับผู้แทนจากวิทยาลัยแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล รพ.กลาง และ รพ.เจริญกรุงประชารักษ์ ซึ่งได้นำเครื่องมือตัวนี้ไปใช้

ผู้เขียนเริ่มจากการทบทวนความเป็นมาของ trigger tools ว่า Trigger เริ่มจากเภสัชเริ่มสงสัยว่าจะมีการแพ้ยาเมื่อแพทย์สั่งหยุดใช้ยาหรือสั่งยาแก้แพ้ ความอยากรู้ในเรื่องเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (adverse event - AE) ทำให้มีการวิจัยเพื่อหาสถิติอัตราการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ด้วยการทบทวนเวชระเบียนในประเทศที่พัฒนาแล้ว trigger ถูกนำมาใช้ในการทบทวนเพื่อลดระยะเวลาในการทบทวนและเพื่อให้มั่นใจว่าจะพบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ครอบคลุมมากขึ้น งานวิจัยต้องใช้เวลามากและไม่สามารถทำได้ต่อเนื่อง

IHI นำมาพัฒนาเป็นเครื่องมือเพื่อ monitor ตนเองโดยโรงพยาบาล เก็บข้อมูลจำนวนน้อย เก็บทุกเดือน สามารถคำนวณอัตราและนำมาสร้างเป็น control chart ได้ จาก medication module ซึ่งครอบคลุมเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ด้านยา ก็มีการพัฒนามาสู่ global trigger tools (GTT) ซึ่งครอบคลุมเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในทุกๆ ด้าน

ผู้เขียนสำรวจใช้การทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานในส่วนของ patient care และได้เห็นโอกาสพัฒนาทางด้านคลินิกมากมายซึ่งทางโรงพยาบาลไม่ได้ใช้ ขุมทรัพย์นี้ให้เป็นประโยชน์

พรว.เห็นว่าการทบทวนเวชระเบียนโดยใช้ trigger tool น่าจะเป็นประโยชน์สำหรับโรงพยาบาล จึงชักชวนให้โรงพยาบาลทดลองนำไปปฏิบัติ ในการเริ่มทดลองทำพบว่าจำนวนเวชระเบียนที่พบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มีน้อย จึงปรับ **approach** โดยใช้ **trigger** เป็นตัวคัดกรองเวชระเบียนที่จะทบทวน เพื่อให้ได้สัมผัสกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มากขึ้น อาจจะเรียกเครื่องมือตัวนี้ว่า triggered chart review²⁶ คือทบทวนเวชระเบียนที่ได้รับการคัดเลือกมาจาก trigger criteria

²⁵ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 8 ฉบับที่ 193 (15-31 ตุลาคม 2550)

²⁶ การเสนอชื่อ triggered chart review ขึ้นมาเนื่องจากเป็นสิ่งที่ตรงกับกิจกรรมที่ทำมากที่สุด แต่ที่มงานในโรงพยาบาลนำร่องเห็นว่าชื่อ trigger tool เป็นชื่อที่คุ้นหูกันมากกว่า จึงตกลงกันที่จะใช้คำเรียกเครื่องมือนี้ว่า Thai HA Trigger Tool

ความฝันก็คือการที่โรงพยาบาลต่างๆ จะใช้เครื่องมือนี้เป็นกระจกส่องตัวเอง และในการเยี่ยมสำรวจเป็นการบอกเล่าการปรับปรุงต่างๆ ที่เกิดขึ้นอันเป็นผลจากการส่องกระจกนี้ จะเป็นการเยี่ยมสำรวจที่ผ่อนคลายและสนุก

จากข้อมูลที่ รพ.นำเสนอ พบว่าการใช้วิธีการ GTT (สุมชาร์ทมาทบทวนเดือนละ 20 ฉบับ) ในแต่ละ PCT สามารถพบ AE ได้ประมาณ 10% ซึ่งเป็นข้อมูลที่คาดว่าจะพบ สามารถทำต่อเนื่องได้ทุกเดือน ทำให้เห็นแนวโน้มที่ลดลงของ AE จาก 40 เหลือ 25 ต่อพันวันนอน ในช่วง 1 ปี หากสามารถผสมผสานวิธีการ Triggered Chart Review ที่ใช้ trigger คัดเลือกชาร์ท เข้ากับ GTT ซึ่งสุมชาร์ทมาใช้ trigger ก็จะทำให้ตอบวัตถุประสงค์ทั้งการ monitor อย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้ลักษณะของ AE ที่กว้างขวาง

ในการประชุมครั้งนี้มีคำถามและข้อคิดเห็นที่น่าสนใจ พอสรุปได้ดังนี้

1. การทบทวนในลักษณะ concurrent review เป็นสิ่งที่จะช่วยให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพในผู้ป่วยแต่ละรายที่ตรวจจับพบ trigger
2. การมี specific triggers จะช่วยให้แต่ละสาขาค้นหา AE ได้ง่ายขึ้น แต่ควรจะมีอยู่ในร่มเดียวกัน คือมี common trigger และมี specific trigger เพิ่มเติมที่จำเป็น
3. ในระดับอุดมคติแล้ว การใช้ Trigger Tools มาเป็นตัวบอกคุณภาพอาจจะลำบาก ด้วยยังมี subjectivity ในการตัดสินว่าอะไรเป็น AE แต่ในเชิงปฏิบัติเครื่องมือตัวนี้เป็นเครื่องมือที่ดีที่สุดสำหรับการมองภาพความเสี่ยงและความปลอดภัยด้านคลินิก ซึ่งจะต้องใช้ด้วยความตระหนักในจุดอ่อนที่มีอยู่
4. คุณภาพของเวชระเบียนมีความสำคัญต่อการทบทวนหา AE แต่ AE ส่วนใหญ่สามารถพบได้จากการบันทึกสัญญาณชีพและคำสั่งการรักษาของแพทย์
5. ความสัมพันธ์ระหว่าง trigger tools กับ patient safety goals & solutions ก็คือ trigger tools เป็นเครื่องมือสำหรับค้นหา AE ของเราเอง ขณะที่ PSG&S เป็นการบอกคำตอบสำหรับปัญหาที่พบบ่อย
6. อาจมีความเป็นไปได้ที่จะเกิด negative impact ต่อการบันทึกเวชระเบียน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เป็น error ซึ่งจะต้องแก้ไขป้องกันด้วยการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและความรับผิดชอบ
7. การเปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ป่วยควรยึดหลักไม่บอกพรั้าเพรีอโดยไม่จำเป็น แต่เรื่องที่เกิด AE หรือเป็นสิ่งที่บันทึกอยู่ในเวชระเบียน ควรจะต้องบอก (มีกรณีตัวอย่างการผ่าตัดคลอดซึ่งมี retractor ไว้ในท้อง ได้นำผู้ป่วยกลับไปผ่าอีกครั้งหนึ่งขณะที่ยังสลีมสลีอยู่ ถามว่าควรบอกกับผู้ป่วยและญาติหรือไม่ อย่างไร)

8. ความซ้ำซ้อนกับระบบ monitor ที่ รพ.เคยใช้อยู่เป็นสิ่งที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งควรจะมองว่าเป็นการเติมเต็มในส่วนที่ยังขาด และพยายามเชื่อมต่อเพื่อจะได้ไม่เกิดความซ้ำซ้อนโดยไม่จำเป็น

ในการประชุมครั้งนั้นได้สรุปความเชื่อมโยงปิดท้ายว่าควรใช้กรอบความคิด QI Comprehensive Framework เพื่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ซึ่งมี PDSA เป็นแกนกลาง โดยจุดเริ่มของการพัฒนาอาจจะเป็น

1. การใช้ clinical tracer เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงของการดูแลผู้ป่วยแต่ละโรคในขั้นตอนต่างๆ และนำมาออกแบบให้รัดกุม
2. การใช้ triggered chart review เพื่อค้นหา AE ที่เกิดขึ้นจริงและนำมาปรับปรุงระบบงาน
3. การใช้ patient safety solution มาปรับปรุงการออกแบบระบบงาน เป็นการเดินทาง

ในการปรับปรุงระบบนั้นควรจะใช้แนวคิดเรื่อง human factor engineering ซึ่งจะคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตวิทยาของการทำงาน ควบคู่ไปกับปัจจัยด้านความรู้และเทคโนโลยี

ในการติดตามผลเรื่องความปลอดภัยหรือความเสี่ยงนั้น ควรใช้แนวคิดเรื่อง dashboard indicator เข้ามา เพื่อให้มีตัวชี้วัดจำนวนน้อยตัวในระดับบน และสามารถ cascade ลงมาในระดับต่างๆ ขององค์กรได้ อัตราการเกิด AE/1000 วันนอนเป็นตัวชี้วัดในภาพรวมที่ดี

ว่าด้วยการตามรอยทางคลินิก

Clinical Tracer คืออะไร

Clinical Tracer หรือตัวตามรอยทางคลินิก คือสถานะทางคลินิกที่ใช้ติดตามประเมินคุณภาพในแง่มุมต่างๆ สถานะคลินิกเหล่านี้อาจจะเป็น โรค หัตถการ ปัญหาสุขภาพ หรือกลุ่มเป้าหมายก็ได้

การตามรอยคุณภาพให้ครอบคลุม ควรดูทั้งในด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยหรือกระบวนการทำงานในเรื่องนั้น, กระบวนการพัฒนาคุณภาพ และองค์ประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ เช่น การพัฒนาบุคลากร ระบบสารสนเทศ เครื่องมือ สิ่งแวดล้อม ระบบยา การทำงานกับชุมชน เป็นต้น (สรุปแล้วคือสามารถตามรอยได้ในทุกองค์ประกอบของมาตรฐานโรงพยาบาล)

จะตามรอยในลักษณะใด

การตามรอยจะมองทั้งในแง่ค้นหาสิ่งดีๆ และค้นหาโอกาสพัฒนา โดยควรจะเริ่มด้วยการค้นหาสิ่งดีๆ ที่มีอยู่แล้วเป็นอันดับแรก จากนั้นจึงทบทวนเทียบกับเป้าหมายว่ามีอะไรที่สามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้

การตามรอยกระบวนการพัฒนาคุณภาพ จะทำให้เห็นโอกาสที่จะใช้เครื่องมือหรือวิธีการที่อาจจะถูกกลืนหายไป

Clinical Tracer คืออะไรกันแน่²⁸

Clinical Tracer เปรียบเสมือน Clinical CQI Story ที่สะสมเรื่องราวจากอดีตถึงปัจจุบัน เป็นการบันทึกเรื่องราวการเกี่ยวกับคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยในแง่มุมต่างๆ ที่สำคัญ ซึ่งช่วยให้ผู้จัดทำเข้าใจจุดแข็งจุดอ่อนของตนเอง ช่วยให้ผู้อ่านเกิดความมั่นใจในคุณภาพการดูแล

Clinical Tracer อาจจะไม่ใกล้เคียงกับ Case Management แต่จะมีรายละเอียดในวิธีการปฏิบัติกับผู้ป่วยน้อยกว่า มุ่งเน้นการตอบคำถามว่าประเด็นสำคัญคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คืออะไร ทำให้ดีได้อย่างไร ทำได้ดีเพียงใด Clinical Tracer มุ่งเน้นการประเมินและเรียนรู้ (Learning & Improvement) เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบ ในขณะที่ Case Management มุ่งเน้นการปฏิบัติตามระบบที่วางไว้ (Deployment/Action)

²⁷ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 6 ฉบับที่ 144 (16-30 ตุลาคม 2548), ฉบับที่ 145 (1-15 พฤศจิกายน 2548), และฉบับที่ 146 (16-30 พฤศจิกายน 2548)

²⁸ อาจกล่าวได้ว่าการตามรอยทางคลินิกคือการประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคนั้น เพื่อให้ทราบถึงคุณภาพและประสิทธิภาพของกระบวนการที่ดำเนินการอยู่ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น กระบวนการพัฒนาคุณภาพที่ได้เข้ามาในอดีต การสนับสนุนจากระบบงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาต่อเนื่องในอนาคต

Clinical Tracer มีประโยชน์อย่างไร

โรคหรือหัตถการเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน การใช้ Clinical Tracer ช่วยให้ทีมงานสามารถหยิบจับสิ่งที่เป็นรูปธรรมชัดเจนมาพิจารณาคุณภาพที่เกี่ยวข้องได้ดีกว่าการพิจารณากระบวนการดูแลผู้ป่วยซึ่งมักจะมีลักษณะกว้างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วยหลายประเภท

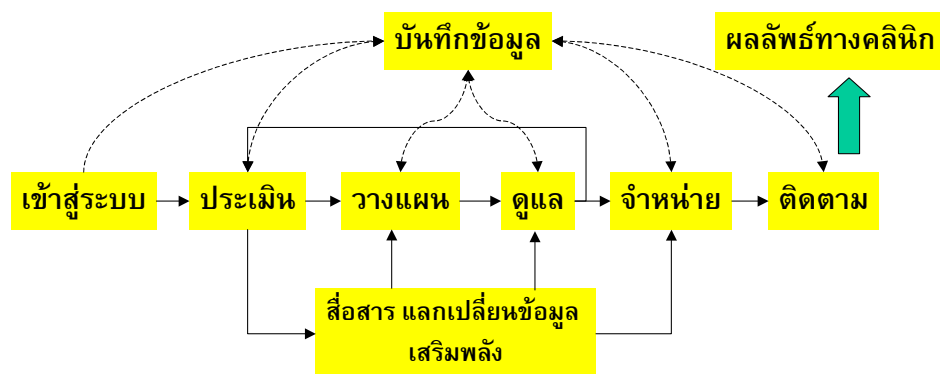
ด้วยความชัดเจนกับสิ่งที่สัมผัสในชีวิตการทำงานประจำวัน Clinical Tracer จึงเป็นการง่ายที่ผู้ประกอบวิชาชีพจะเข้ามาร่วมพิจารณาทบทวน และเมื่อทบทวนแล้วเห็นโอกาสพัฒนา ก็จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพด้านคลินิกได้โดยง่าย

สภาวะทางคลินิกเรื่องใดเรื่องหนึ่งก็สามารถตามรอยคุณภาพได้ในทุกองค์ประกอบเกี่ยวกับคุณภาพ ทั้งกระบวนการดูแลผู้ป่วย กระบวนการพัฒนาคุณภาพ และองค์ประกอบอื่นๆ โดยที่น้ำหนักการมุ่งเน้นอาจจะแตกต่างกันไปสำหรับแต่ละสภาวะทางคลินิก ซึ่งจำเป็นต้องใช้หลายสภาวะเข้ามาเสริมกัน

Clinical Tracer กับ มุมมองเชิงระบบ

1. Clinical Tracer คือเครื่องมือในการขับเคลื่อนการหมุนวงล้อ PDSA ด้วยการวัดผลลัพธ์หรือการบรรลุเป้าหมาย เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
2. Clinical Tracer เน้นความเข้าใจบริบทหรือตัวตนของเราเกี่ยวกับสภาวะทางคลินิกที่นำมาศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในประเด็นที่มีผลต่อการออกแบบวิธีการทำงานให้ได้คุณภาพ
3. Clinical Tracer เน้นการใช้ Core Value & Concept ที่สำคัญ เช่น Patient & Health Focus, Teamwork, Learning & Improvement, Management by Fact, Focus on Result, Evidence-based & Professional Standard, Creativity & Innovation การพิจารณา Clinical Tracer ช่วยให้เห็นว่าเราใช้ Core Value & Concept ในชีวิตจริงโดยธรรมชาติอยู่แล้วอย่างไร และช่วยให้เราเห็นโอกาสที่จะใช้ Core Value & Concept เหล่านี้ให้มากขึ้น
4. Clinical Tracer ตามรอยคุณภาพในมาตรฐานทุกองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับสภาวะทางคลินิกนั้นๆ เช่น กระบวนการดูแลผู้ป่วย กระบวนการพัฒนาคุณภาพ และองค์ประกอบอื่นๆ
5. Clinical Tracer ช่วยให้เราชุดศักยภาพการปฏิบัติดีๆ ซึ่งอาจจะเป็น tacit knowledge

การตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วย

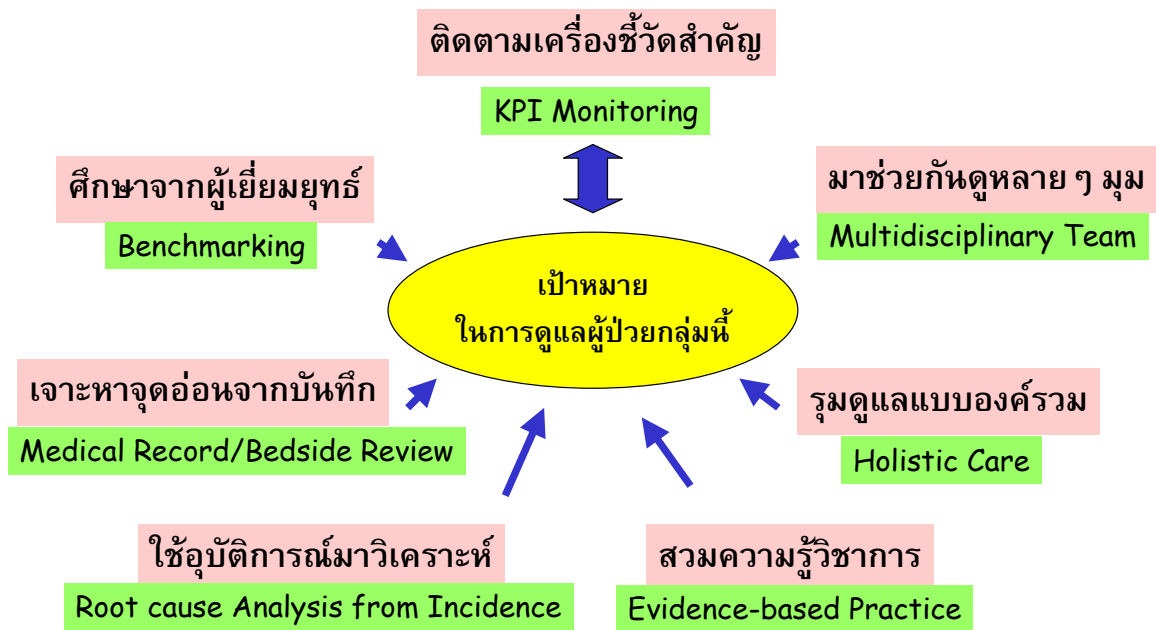


พิจารณาว่าขั้นตอนใดที่มีความสำคัญสูงเป็นพิเศษในการดูแลสถานะ/โรคนั้น ขณะนี้มีวิธีการในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดอย่างไร มีระบบการควบคุมอย่างไร เพื่อให้เป็นไปตามที่ออกแบบไว้ มีโอกาสพัฒนาอะไรบ้าง

ในระหว่างการทบทวน ให้นำเสนอข้อมูลให้เพื่อนสมาชิกรับทราบและให้เพื่อนสมาชิกตั้งประเด็นคำถามรายละเอียดเชิงปฏิบัติในบางเรื่องที่มีความสำคัญหรือน่าสนใจ ตลอดจนถึงประเด็นให้เห็นความเสี่ยงที่ยังมีอยู่

ขั้นตอนต่าง ๆ ล้วนมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยทั้งสิ้น ในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มจะมีขั้นตอนบางขั้นตอนที่สมควรได้รับการใส่ใจมากเป็นพิเศษ เช่น ในผู้ป่วยอุบัติเหตุ ขั้นตอนที่สำคัญมากคือการประเมินและการดูแลเบื้องต้น ในขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานคือการสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูล และเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เป็นต้น

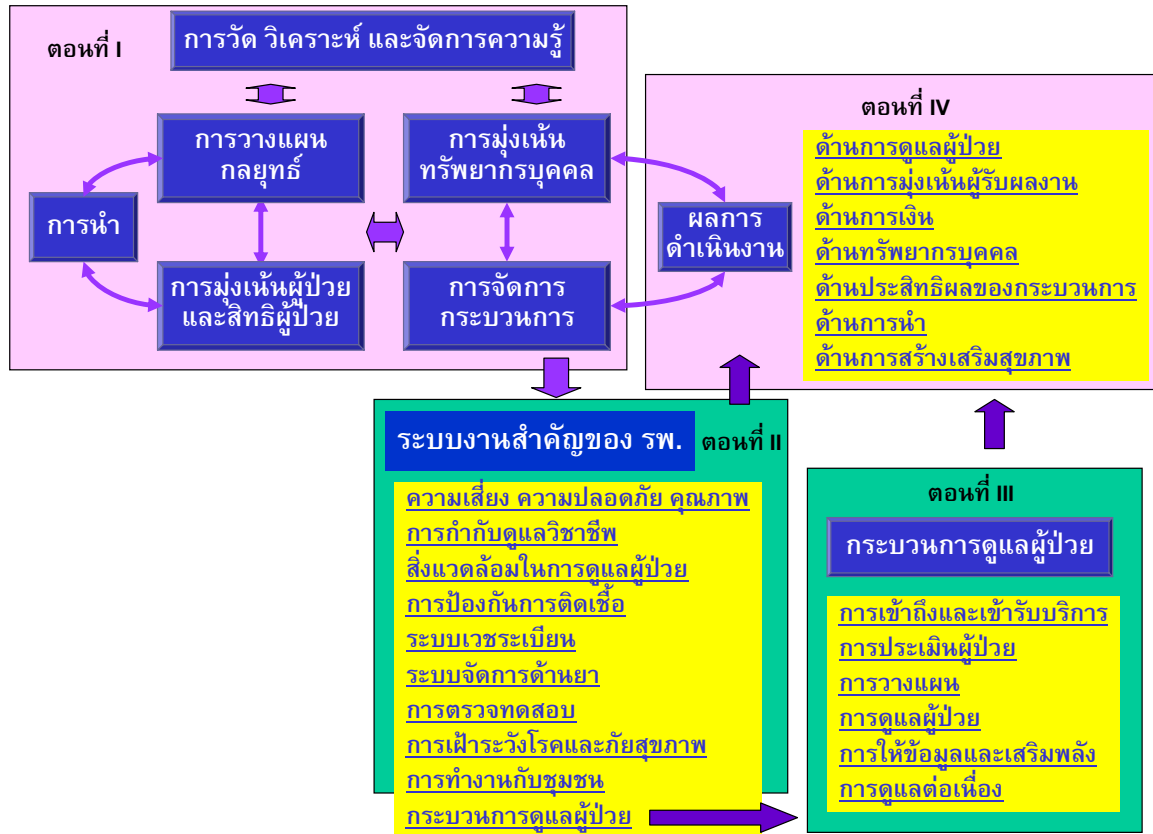
การทบทวนกระบวนการคุณภาพ



แนวคิดและเครื่องมือพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย หากนำมาใช้ร่วมกัน จะทำให้เกิดความสมบูรณ์และความสมดุล ตัวอย่างความสมดุล เช่น ระหว่าง evidence-based ที่เป็นรูปธรรมแต่อาจจะค่อนข้างแข็ง กับ holistic ที่ค่อนข้างเป็นนามธรรม ระหว่างการนำปัญหาภายในมาพิจารณากับการเรียนรู้สิ่งดีๆ จากภายนอก ระหว่างการจัดการกับสิ่งที่ไม่พึงประสงค์กับการมุ่งสร้างคุณค่า

ทีมงานสามารถทบทวนได้ว่าแนวคิดและเครื่องมืออะไรที่นำมาใช้แล้ว ใช้แล้วได้ผลเป็นอย่างไร เกิดบทเรียนอะไรบ้าง แนวคิดและเครื่องมืออะไรที่ยังไม่ได้นำมาใช้ จะวางแผนนำมาใช้

การทบทวนระบบและองค์ประกอบอื่น ๆ



สามารถใช้โครงสร้างมาตรฐานข้างต้นเพื่อพิจารณาว่ายังมีระบบหรือองค์ประกอบสำคัญอื่น ๆ อะไรบ้างที่จะช่วยสนับสนุนกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้ได้ผลดี เช่น การพัฒนาบุคลากร ระบบสารสนเทศ การกำกับดูแลวิชาชีพ

Clinical Tracer ควรเป็นหน้าที่ของใคร

เป็นหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการดูแลสถานะทางคลินิกนั้น จะเป็นระดับใดก็ได้ ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งมีการจัดตั้งหน่วยเฉพาะทางเพื่อดูแลผู้ป่วยเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น หน่วย Hemodialysis หน่วยนั้นก็สามารถใช้ hemodialysis เป็น clinical tracer ได้ หรือเป็นหน้าที่ของ Patient Care Team ซึ่งมีอยู่เพียงทีมเดียวในโรงพยาบาลชุมชน หรือในโรงพยาบาลขนาดกลางซึ่งมี Clinical Lead Team ที่ดูแลคุณภาพของบริการในสาขาหลัก ๆ อาจจะมอบหมายให้ทีมย่อยๆ รับผิดชอบ Clinical Tracer แต่ละตัว

การเลือกประเด็นและจำนวน

อาจจะเริ่มต้นด้วยทีมที่ทำงานร่วมกัน หรือเลือกด้วยสถานะทางคลินิกก่อนก็ได้ สถานะทางคลินิกที่เลือกขึ้นมา ควรเป็นเรื่องที่ทีมมีความเข้าใจดี และมีความสำคัญพอสมควร อาจจะเป็นสิ่งที่ทีมทำได้ดี หรือเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงสูง หรือเป็นสิ่งที่มีโอกาสพัฒนาอีกมาก เช่น ผลลัพธ์ไม่ดี ต้องมีการประสานกัน หรือมีความยึดถือในการดูแลผู้ป่วย

เมื่อทำเสร็จแล้ว ให้ถามว่ามีเรื่องอะไรที่สำคัญกว่าเรื่องที่ทำไปแล้วอีกบ้าง เพื่อคัดเลือกเรื่องเหล่านั้นมาทำต่อ ถ้าไม่มีก็เลือกเรื่องที่มีความสำคัญรองลงมา

จำนวนเรื่องเป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาความสมดุลของประโยชน์ (ครอบคลุมผู้ป่วยและมุมมองคุณภาพ) กับภาระงาน

การใช้ Clinical Tracer ตามรอยคุณภาพอย่างง่าย ๆ

ให้พิจารณาตามลำดับขั้นต่อไปนี้เช่นเชื่อมโยงกัน

1. โรค/หัตถการ/กลุ่มเป้าหมาย/สิ่งของ/ข้อมูล อะไร
2. เรื่องนี้กับ รพ.ของเรา มีอะไรน่าสนใจ
3. ประเด็นสำคัญของเรื่องนี้ 2-5 ประเด็น
4. เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้/งานนี้ (ตามประเด็นสำคัญ)
5. ตัวชี้วัดสำคัญ (ตามเป้าหมาย)
6. กระบวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรลุเป้าหมาย ขั้นตอนใดสำคัญมาก ทำได้ดีหรือไม่ ดีอย่างไร จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร
7. กระบวนการพัฒนาคุณภาพ ใช้แนวคิดและเครื่องมืออะไรไปบ้าง อะไรยังไม่ได้ใช้ ควรจะนำมาใช้หรือไม่ อย่างไร
8. ระบบหรือองค์ประกอบอื่นๆ ที่สำคัญเพื่อบรรลุเป้าหมาย มีอะไร ควรปรับปรุงอย่างไร

แนวทางการทบทวนและเขียนสรุป

หัวข้อหลักในการทบทวนได้แก่ 1) บริบท 2) ประเด็นสำคัญ 3) เป้าหมายและเครื่องชี้วัด สำคัญ 4) กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ 5) แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

การเขียนควรใช้คำพูดธรรมดาให้คนทั่วไประดับที่มีการศึกษาเข้าใจ ในกรณีที่เรื่องนี้ทำได้ดีแล้ว ควรบรรยายให้ผู้อ่านเกิดความมั่นใจในคุณภาพของโรงพยาบาล โดยทั้งหมดควรมีความยาวประมาณ 2-3 หน้า

หัวข้อที่กำหนดให้เขียนมีดังนี้

1. บริบท (Context)

บริบทของ clinical tracer สามารถนำเสนอได้อย่างน้อย 3 มุมมอง ได้แก่

ก) ลักษณะสำคัญหรือลักษณะที่น่าสนใจของสภาวะทางคลินิกนี้โดยสรุป ลักษณะเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาล สาเหตุที่สภาวะนี้มีความสำคัญในพื้นที่

ข) ลักษณะของกลุ่มผู้รับบริการ (เช่น ระดับความรู้ เศรษฐกิจสังคม ความรุนแรง) ความต้องการของผู้รับบริการ ปริมาณผู้รับบริการ

ค) ความสามารถและข้อจำกัดในการจัดบริการของโรงพยาบาล เช่น ระดับการจัดบริการที่โรงพยาบาลสามารถจัดได้ ความสัมพันธ์กับสถานบริการสาธารณสุขอื่น จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่มี เครื่องมือพิเศษหรือเทคโนโลยีที่มีใช้

บริบทอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงได้เมื่อเวลาเปลี่ยนไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เป็น ศักยภาพขององค์กร ซึ่งอาจจะมีบุคลากร ความเชี่ยวชาญ หรือเทคโนโลยีที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง หรือลักษณะของผู้ป่วยที่อาจจะมีมากขึ้น

ความยาวในส่วนนี้ไม่ควรเกินครึ่งหน้า

2. ประเด็นสำคัญ/ความเสี่ยงสำคัญ (Critical issues/risks)

ระบุว่าสถานะนี้มีประเด็นที่ผู้รับบริการและผู้ประกอบวิชาชีพให้ความสำคัญอะไรบ้าง รวมทั้งมีความเสี่ยงสำคัญอะไร ซึ่งประเด็นเหล่านี้ควรไปปรากฏอยู่ในเป้าหมาย เครื่องชี้วัด สำคัญ กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ และการพัฒนาต่อเนื่องด้วย (ควรระบุเป็นข้อๆ หรือ bullet และไม่ควรมีจำนวนมากเกินไป)

3. เป้าหมาย เครื่องชี้วัดสำคัญ (Purposes & Key indicators)

ระบุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย เครื่องชี้วัดที่มิใช้ในการ monitor ความก้าวหน้าของ การพัฒนาและความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งควรจะสอดคล้องกับเป้าหมาย ครอบคลุม ประเด็นสำคัญหรือความเสี่ยงสำคัญด้วย

นำเสนอข้อมูลเครื่องชี้วัดที่ติดตามต่อเนื่องในรูปแบบของ run chart หรือ control chart และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ (Key processes for quality)

เนื้อหาส่วนนี้ควรเป็นส่วนที่ยาวที่สุด อธิบายรายละเอียดให้เกิดความมั่นใจที่สุด ใช้ ศัพท์เทคนิคเท่าที่จำเป็น และควรบรรจุความรู้ที่เป็นความรู้จากประสบการณ์ที่อยู่ในตัวคน (tacit knowledge) ให้มากที่สุด

4.1 ระบุว่าทีมงานดำเนินการอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีโอกาสเกิด ความเสี่ยงน้อยที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจุดสำคัญหรือจุดวิกฤติของกระบวนการดูแล มีการ ประสานกับหน่วยงานหรือทีมงานอื่นอย่างไร

4.2 ระบุว่ามีการใช้แนวคิดและเครื่องมือสำหรับการพัฒนาคุณภาพอะไรบ้าง ได้รับ บทเรียนอะไรจากการพัฒนา

4.3 ระบุว่าระบบหรือองค์ประกอบสำคัญอื่นๆ ที่จะช่วยสนับสนุนกระบวนการดูแลผู้ป่วย ให้ได้ผลดีมีอะไรบ้าง และได้มีการปรับปรุงหรือนำมาเกื้อหนุนกันอย่างไร

5. แผนการพัฒนา (Plan for Continuous improvement)

ระบุว่ามีการพัฒนาในเรื่องนี้ต่อเนื่องอย่างไร มีวัตถุประสงค์และกำหนดเวลา อย่างไร

ความสำคัญของการเรียงลำดับแนวคิดอย่างเป็นระบบ

อาจมีข้อสงสัยว่าสิ่งที่เราได้พัฒนามาแล้วมิได้เรียงลำดับตามหัวข้อที่ให้ไว้ เช่น อาจจะมีการ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไปแล้วโดยที่มิได้พิจารณาบริบทก่อน ในการใช้ clinical tracer เพื่อตามรอยคุณภาพ จำเป็นหรือไม่ที่จะต้องพิจารณาตามลำดับหัวข้อที่ให้ไว้

คำตอบคือควรอย่างยิ่งที่จะพิจารณาตามลำดับ บริบท -> ประเด็นสำคัญ -> เป้าหมาย และเครื่องชี้วัดสำคัญ -> กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ เพราะจะทำให้เกิดความคิดที่เรียงร้อยกันอย่างเป็นระบบ ทำให้สรุปเป้าหมายที่สอดคล้องกับสถานการณ์ได้ชัดเจน ทำให้เข้าใจ เหตุผลของการตัดสินใจที่ผ่านมา และทำให้เห็นโอกาสพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่สมบูรณ์

การใช้ Clinical Tracer ในเรื่องที่มีความซับซ้อนมาก

การดูแลผู้ป่วยบางกลุ่มอาจมีความซับซ้อนมาก หากที่ผู้ที่ไม่คุ้นเคยกับเรื่องนั้นจะเข้าใจได้ สมควรจะนำมาใช้ clinical tracer หรือไม่ มีสิ่งที่น่าสนใจจะพิจารณา 3 ประเด็น คือ

1) ยิ่งโรคหรือการดูแลมีความซับซ้อนมากขึ้นเท่าไร ยิ่งมีความเสี่ยงมากขึ้น ยิ่งเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลและต้องทบทวนว่าอะไรคือความเสี่ยง มาตรการที่ใช้อยู่นั้นมีความรัดกุมเพียงพอหรือไม่ การใช้ clinical tracer จะช่วยให้เห็นประเด็นเหล่านี้ชัดเจนยิ่งขึ้น และควรจะสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องที่มีได้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงได้รับทราบถึงความเสี่ยงและความพยายามในการป้องกันความเสี่ยงเหล่านั้น

2) ประเด็นที่อาจจะเป็นปัญหาคือเรื่องของการสื่อสาร การใช้ศัพท์เฉพาะทางเทคนิคมากเกินไปอาจจะยากที่จะเข้าใจสำหรับผู้ที่ไม่คุ้นเคย แต่หากสื่อสารในระดับแนวคิดแล้วน่าจะเป็นที่เข้าใจได้ ซึ่งเรื่องนี้ต้องอาศัยเวลาและการเรียนรู้ที่จะปรับจากการสื่อสารด้วยศัพท์เฉพาะทางเทคนิคที่เราคุ้นเคย มาเป็นการสื่อสารในระดับแนวคิด

3) พึงระวังที่จะไม่ตกหลุมไปสู่การเขียนเอกสารวิชาการเรื่องเทคนิคการดูแลผู้ป่วย สิ่งที่น่าสนใจในที่นี้คือเรื่องกระบวนการคุณภาพ เป็นเรื่องที่จะแสดงให้เห็นภาพรวมของการดูแลผู้ป่วยว่าสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพียงใด ประเด็นคุณภาพและความเสี่ยงที่สำคัญคืออะไร ระบบการทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงได้รับการออกแบบไว้อย่างไร มีการควบคุมอย่างไร มีการติดตามประเมินผลอย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร นำผลมาปรับปรุงต่อเนื่องอย่างไร มีการใช้เครื่องมือและแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างไร เป็นต้น

การใช้ Clinical Tracer กับสิ่งที่ทำได้ดีอยู่แล้ว

เรื่องที่โรงพยาบาลทำได้ดี ยิ่งเป็นเรื่องที่สมควรนำมาสรุปเพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้รับทราบสิ่งดีๆ ที่โรงพยาบาลมีอยู่ ทำให้เกิดความมั่นใจในคุณภาพของโรงพยาบาล เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้มีการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

แนวคิดเรื่อง Tracer สามารถใช้กับงานสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่

แนวคิดเรื่อง Tracer คือการหาอะไรสักอย่างหนึ่งที่เคลื่อนไปตามกระบวนการ ไปสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ แล้วตามรอยสิ่งนั้นไปเพื่อดูคุณภาพและประสิทธิภาพของการทำงานหรือองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งนั้น

การเงินอาจจะตามรอยการเบิกจ่ายเงินบางประเภท ธุรการอาจจะตามรอยงานสาร
บรรณของเอกสารบางอย่าง จ่ายกลางอาจจะตามรอยวัสดุอุปกรณ์บางอย่าง โภชนาการอาจจะ
ตามรอยอาหารเฉพาะโรค เกษีชรกรรมอาจจะตามรอยยาบางตัว เช่น ยาเคมีบำบัด
ห้องปฏิบัติการอาจจะตามรอยการตรวจการตรวจชั้นสูตรบางอย่าง

การตามรอยมิใช่การวิเคราะห์ระบบงานทั้งระบบ แต่เอามาใช้เสริมการวิเคราะห์
ระบบงานเพื่อให้เห็นความเชื่อมโยง เห็นรายละเอียดของคุณภาพในจุดที่มีความสำคัญ เป็นการ
มุ่งเน้นสิ่งที่สัมผัสได้ อันเป็นผลลัพธ์จากการปฏิบัติจริงมากกว่าการออกแบบระบบ

การตามรอยทางคลินิกแบบง่าย ๆ ²⁹

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

การตามรอยที่เริ่มด้วยการจัดทำเอกสารมักจะประสบปัญหา ต้องใช้เวลานาน
ครอบคลุมกลุ่มโรคต่าง ๆ ได้น้อย

การตามรอยที่ง่ายกว่าคือการพูดคุยกันอย่างง่าย ๆ ในประเด็นที่สำคัญ โดยการตั้ง
คำถามเจาะลึกเชิงวิพากษ์เพื่อค้นหาจุดอ่อนหรือความหละหลวมในระบบ

การตามรอยแบบง่าย ๆ นี้ สามารถใช้แนวคิด 3P เป็นแนวทางที่ง่ายขึ้น

ตัวอย่างการตามรอย “การดูแลผู้ป่วยที่กินยาฆ่าตัวตาย”

Purpose: เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ 1) ช่วยให้อรอดชีวิต 2) ป้องกันการฆ่าตัว
ตายซ้ำ 3) ส่งเสริมให้ครอบครัวสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี

Process: ตามรอยกระบวนการทำงานเพื่อตอบสนองแต่ละเป้าหมาย ใช้คำถาม
เจาะลึกเพื่อให้มั่นใจในคุณภาพของกระบวนการทำงาน

การตามรอยกระบวนการเพื่อช่วยให้อรอดชีวิตเริ่มที่ห้องฉุกเฉิน คือการตั้งคำถาม
ต่อไปนี้จะทราบได้อย่างไรว่ายาที่ผู้ป่วยใช้คืออะไร สามารถทำการล้างท้องได้หรือไม่ จะดู
ฐานข้อมูลได้จากที่ไหน จะมั่นใจอย่างไรที่จะไม่เกิดการอันตรายจากการล้างท้อง ถ้าต้องใช้
antidote จะต้องใช้ยาอะไร ยาอยู่ที่ไหน จะจัดระบบอย่างไรเพื่อป้องกันยาหมดอายุ จะเฝ้าระวัง
ผู้ป่วยอย่างไรให้ปลอดภัย ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจะมั่นใจอย่างไรว่าไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
จากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

การตามรอยกระบวนการเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ คือการตั้งคำถามต่อไปนี้จะ
มีระบบเฝ้าระวังอย่างไร จะมีการให้ counseling อย่างไร ใครเป็นผู้ให้ counseling มีผู้ที่ทำหน้าที่
counseling ได้กี่คน หากบุคคลที่ทำได้ไม่อยู่จะทำอย่างไร

การตามรอยกระบวนการเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี คือการตั้งคำถาม
ต่อไปนี้จะนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ รพ.ได้อย่างไร ทีมที่จะเข้าประสาน
กับครอบครัวในพื้นที่คือใคร จะทำให้ครอบครัวเข้ามารับผิดชอบได้อย่างไร หากผู้ป่วยถูกส่ง
ต่อมาที่จังหวัด รพ.จังหวัดจะประสานกับพื้นที่อย่างไร

Performance: คือการติดตามผลลัพธ์ตามเป้าหมาย 3 ข้อที่ระบุไว้ เพื่อพิจารณาว่าจะมี
โอกาสพัฒนาในส่วนใดบ้าง

ด้วยการคุยกันในเวลาสั้น ๆ คุยกันอย่างตรงประเด็น มีการตั้งคำถามเพื่อตรวจสอบ
ตนเองในทุกแง่มุม อาจจะเดินเข้าไปดูในสถานที่จริงและสถานการณ์จริงร่วมด้วย ก็จะทำให้
ทีมงานได้เห็นโอกาสพัฒนาเพิ่มขึ้น นำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และสามารถทำ

²⁹ บรรยายในการประชุมเชิงปฏิบัติการ “HA602 คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก” 24 สิงหาคม 2551

เช่นเดียวกันนี้กับโรคอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นโรคที่ซับซ้อน มีปริมาณมาก หรือโรคง่าย ๆ โรคที่มีโอกาสพบผู้ป่วยไม่มากนัก แต่มีประเด็นที่น่าสนใจสำหรับทีมงาน

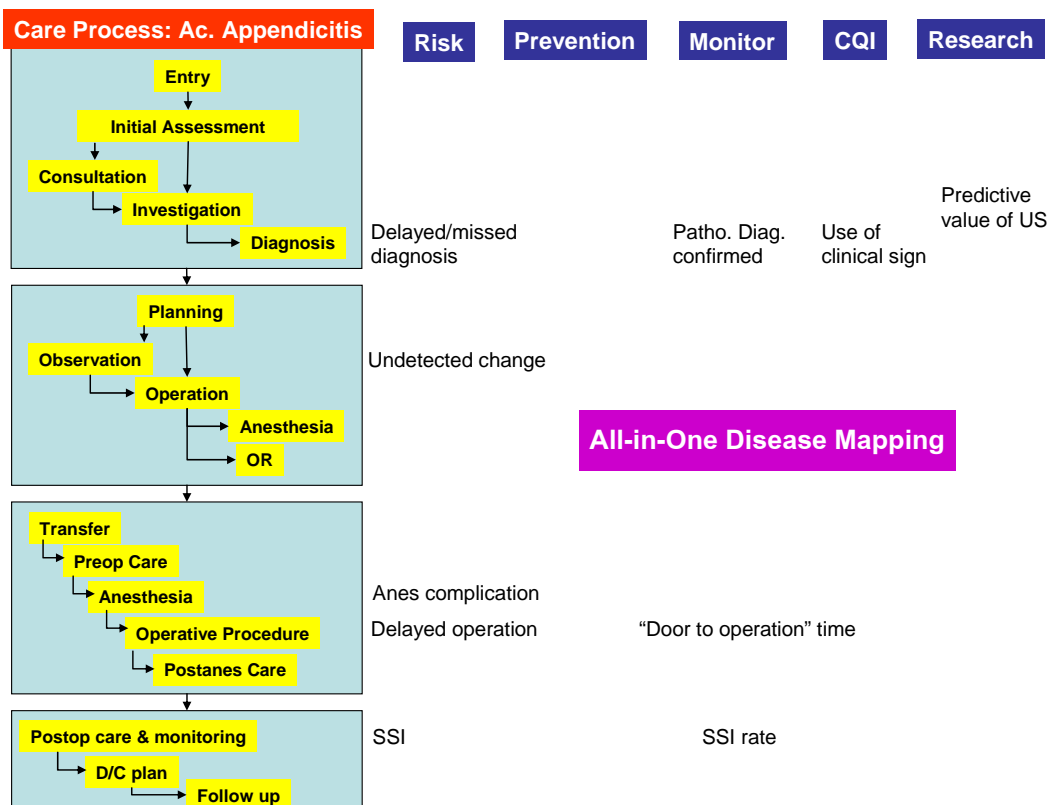
One Page Summary ³⁰

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้แนะนำให้โรงพยาบาลใช้การตามรอย เป็นเครื่องมือเพื่อทบทวนสถานการณ์การดูแลโรคหรือสภาวะทางคลินิกอย่างเป็นระบบ เป็นการตามรอยอดีตว่ามีการพัฒนาอย่างไร ตามรอยปัจจุบันว่าให้การดูแลผู้ป่วยได้รัดกุมมีคุณภาพเพียงใด และมองไปในอนาคตว่าจะดำเนินการพัฒนาต่อเนื่องอย่างไร

ปัญหาที่พบในการใช้การตามรอยคุณภาพทางคลินิก คือภาระในการจัดทำเอกสาร ซึ่งเป็นสิ่งที่หลายคนไม่ถนัด แทนที่จะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการคิดวิเคราะห์ กลับต้องมาใช้เวลาทำงานเอกสาร

เพื่อช่วยให้ทีมงานสามารถเห็นภาพรวมได้ง่ายขึ้น ในการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับโรงพยาบาลครั้งหนึ่ง จึงได้แนะนำให้ทำ **All-in-One Disease Mapping** นำข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการดูแลและการพัฒนาคุณภาพในโรคนั้นมาบรรจุไว้กระดาษหน้าเดียว



³⁰ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 7 ฉบับที่ 170 (15-30 พฤศจิกายน 2549)

แผนภูมิจึงมีทั้งกระบวนการดูแลผู้ป่วย, ความเสี่ยงหรือโอกาสพัฒนาในแต่ละขั้นตอนของการดูแล, มาตรการป้องกันความเสี่ยงหรือแนวทางการดูแลในแต่ละชั้น, ตัวชี้วัดที่จะใช้ monitor ประเด็นสำคัญ, กิจกรรมคุณภาพและงานวิจัยที่ได้ทำไว้

แผนภูมิจึงจะทำให้สามารถมองเห็นภาพในลักษณะ bird eye's view จะเห็นว่ามีข้อมูลอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง อะไรที่ซ้ำซ้อน นอกจากนี้ยังสามารถใช้แผนภูมิจึงเพื่อเชื่อมโยงไปยังข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น CPG, flow chart, แบบบันทึก, กราฟแสดงข้อมูลตัวชี้วัด, สรุปรายการพัฒนาคคุณภาพ

ที่สำคัญที่สุดคือการดูกระดาษหน้าเดียวจะกระตุ้นให้เกิดการคิดวิเคราะห์ที่ดีขึ้น

ที่ระดับทีมทางคลินิก One Page Summary อาจจะมีระบุถึงโรคหรือสภาวะทางคลินิกสำคัญที่ทีมรับผิดชอบดูแล พร้อมทั้งประเด็นสำคัญในแต่ละโรคหรือสภาวะทางคลินิกนั้น อาจเรียกกระดาษหน้าเดียวว่า Priority Diseases ความสำคัญในที่นี้ไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องของการพบป่วยที่ดึงมาจาก top 5 หรือ top 10 เท่านั้น แต่ควรพิจารณาความสำคัญจากมุมมองต่างๆ อย่างรอบด้าน กระดาษหน้าเดียวจะแสดงให้เห็น attitude ต่อการพัฒนาของทีมว่า พยายามที่จะให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทุกโอกาสหรือไม่

ที่ระดับหน่วยงาน อาจจะใช้แนวคิด One Page Summary ในการแสดงความเสี่ยงหรือข้อควรระวังในจุดต่างๆ ของการปฏิบัติงาน จุดต่างๆ ในที่นี้อาจจะเป็นตามสถานที่ หรือ อาจจะเป็นขั้นตอนในการปฏิบัติงาน ซึ่งอาจจะรวมเอาทั้งสถานที่และขั้นตอนในการปฏิบัติงานไว้ในหน้าเดียวกัน เสมือนการวาดภาพบนแผ่นใสซ้อนทับกันลงไป และเลือกใช้ตามความจำเป็น

กระดาษหน้าเดียวแผ่นนี้คือการนำเอากระบวนการทำงานในรูป flow chart กับการวิเคราะห์ความเสี่ยงมานำเสนอไปพร้อมๆ กัน อาจจะระบุตัวชี้วัดสำคัญที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงานในแต่ละชั้นด้วยก็ได้ เปิดโอกาสให้ทีมงานได้พิจารณาโอกาสพัฒนาและติดตามความก้าวหน้าได้บ่อยๆ รวมทั้งพัฒนาการมองอย่างเป็นระบบไปด้วย

ที่ระดับผู้ป่วยแต่ละราย One Page Summary อาจจะระบุรายการปัญหาทั้งหมดของผู้ป่วยจากมุมมองของทุกวิชาชีพ รวมทั้งแผนการดูแลสำหรับแต่ละปัญหา ก็จะช่วยให้เกิดการสื่อสารระหว่างทีมงานได้มีประสิทธิภาพ และดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมได้ดีขึ้น และถ้าเรามุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแล้ว กระดาษแผ่นนี้ควรจะอยู่ที่หน้าแรกของเวชระเบียนผู้ป่วยที่กำลังนอนอยู่ในโรงพยาบาล

ว่าด้วยการวัดผล

ถ้าถามว่าการวัดผลงานของการให้บริการสุขภาพมีความสำคัญหรือไม่ คงไม่มีใครปฏิเสธได้

แต่ถ้าถามว่าในแต่ละเรื่องนั้นควรจะวัดอย่างไร จึงจะเหมาะสมที่สุด ได้ประโยชน์ที่สุด คงหาคำตอบที่เป็นที่พึงพอใจของทุกฝ่ายได้ยาก

เมื่อต้นเดือนตุลาคม 2548 มีการจัดประชุม Clinical Quality Forum ที่สิงคโปร์ และ Jerod Leob ซึ่งเป็น Executive Vice President for Research ของ JCAHO ได้บรรยายในหัวข้อ Performance Measurement in Healthcare โดยได้กล่าวถึงมุมมองที่แตกต่างกันของผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้กำหนดนโยบาย และผู้บริโภค กล่าวคือผู้ประกอบวิชาชีพเห็นว่าความรู้เรื่องการวัดผลนี้ยังไม่สมบูรณ์ ยังไม่พอ เหมือนกับน้ำที่ไม่เต็มแก้ว ผู้กำหนดนโยบายเห็นว่าเมื่อมีความรู้อยู่บ้างเหมือนน้ำครึ่งแก้ว ก็ควรเดินหน้าวัดผลและใช้ประโยชน์ไปพลางก่อน ส่วนผู้บริโภคต้องการคำตอบที่ชัดเจนต่อข้อสงสัยต่างๆ ในขณะที่มีคำตอบดังกล่าวอยู่เพียงน้อยนิด

การแบ่งประเภทของตัวชี้วัดด้านบริการสุขภาพที่ทางอเมริกาใช้อยู่มี 4 ประเภทคือ process indicator, outcome indicator, patient perception, และ health status

จากการใช้ตัวชี้วัดเพื่อการพัฒนาคุณภาพภายใน มาสู่การแสดง accountability ต่อสาธารณะ ขณะนี้ในอเมริกาเริ่มนำตัวชี้วัดมาใช้เพื่อการจ่ายเงินสำหรับบริการสุขภาพและการต่ออายุใบประกอบวิชาชีพพร้อมด้วย

ความท้าทายในเรื่องการวัดผลงานบริการสุขภาพ เป็นสิ่งที่เราควรนำมาพิจารณาและหาทางออกที่เหมาะสม ดังต่อไปนี้

1. ทุกคนต้องการให้มีการวัดผล แต่ไม่มีใครอยากวัดผลงานของตัวเอง และความ ต้องการของผู้ใช้แต่ละกลุ่มก็แตกต่างกันออกไป ความต้องการบางอย่างก็อาจจะใช้ตัวชี้วัดร่วมกันได้

2. การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการมีความแตกต่างกันในแต่ละสถาบันที่ให้การดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผลลัพธ์สำคัญแตกต่างกันด้วย มีตัวเลขเปรียบเทียบว่าความแตกต่างของการเสียชีวิตของผู้ป่วย acute MI ระหว่างโรงพยาบาลที่ปฏิบัติตาม guideline กับโรงพยาบาลที่ไม่ปฏิบัติตาม guideline ในแต่ละปี มีจำนวนเท่ากับจำนวนผู้เสียชีวิตจากเครื่องบิน TWA ตกเมื่อปี 1996 ทุกสัปดาห์เป็นเวลาปีครึ่ง ความท้าทายอยู่ที่การทำให้เกิดการยอมรับข้อมูลวิชาการและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย

³¹ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 6 ฉบับที่ 147 (1-15 ธันวาคม 2548)

3. ไม่มีจุดเน้นหรือปรัชญาที่ยอมรับร่วมกันในเรื่องการวัด มีวิธีการที่แตกต่างกันมากในการวัด จะใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้วให้เกิดประโยชน์มากที่สุดได้อย่างไร ข้อมูลจากแต่ละแหล่งควรมีข้อดีและข้อจำกัดในตัวเอง

4. ไม่มีข้อสรุปว่าควรจะวัดอะไร การวัดทำให้เกิดการบิดเบือนจากการสังเกต สภาวะทางคลินิกบางเรื่องมีความซับซ้อนสูง และต้องพิจารณาให้ดีว่าควรจะวัดอะไร เช่น สำหรับ coronary heart disease ตัวชี้วัดที่ดีคือตัวชี้วัดโอกาสที่จะป้องกัน disease progression

5. ตัวชี้วัดเดียวไม่เพียงพอ มองได้เพียงบางส่วน จำเป็นต้องมีตัวชี้วัดหลายตัวเพื่อให้เห็นภาพทั้งหมดของคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในแต่ละสภาวะ

6. คุณภาพของข้อมูลมีความสำคัญ คุณภาพของการเก็บข้อมูลแตกต่างกันไปตามการแปลความหมาย มีตัวชี้วัดน้อยตัวที่ได้รับการทดสอบอย่างเพียงพอ มีคำถามว่าใครควรเป็นผู้สร้างตัวชี้วัด ระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดผลงานซึ่งมีความรู้ค่อนข้างมากเกี่ยวกับการแพทย์กับผู้เชี่ยวชาญด้านคลินิกซึ่งมีความรู้ค่อนข้างมากเกี่ยวกับการวัดผลงาน

7. การจัดปรับข้อมูลตามระดับความเสี่ยง ยังคงเป็นคำถามอยู่ว่าจะปรับหรือไม่ จะปรับอย่างไร ปรับแล้วจะทำให้เกิด false security จะนำข้อมูลเฉพาะตัวของผู้ป่วยแต่ละรายเข้ามาพิจารณาเชื่อมโยงกับผลลัพธ์อย่างไร

8. ลำดับชั้นของการวัด การวัดผลงานของบริการสุขภาพอาจจะวัดได้ในระดับผู้ประกอบวิชาชีพ, องค์กร, เครือข่ายองค์กร/แผนประกันสุขภาพ, กลุ่มประชากรทางภูมิศาสตร์ การวัดในระดับใดจึงจะเป็นประโยชน์ที่สุด

9. จะวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร จะเปรียบเทียบอย่างไร จะดูแนวโน้มอย่างไร การใช้ค่าเฉลี่ยรายปีอาจจะไม่ช่วยในการตัดสินใจ ขณะที่ข้อมูลอัตราเป็นรายเดือนที่น่าเสนอแนวโน้มช่วยในการตัดสินใจได้ดีกว่า

10. จะนำเสนอข้อมูลอย่างไร ยังไม่มีข้อสรุปว่าจะนำเสนอข้อมูลอย่างไร จะใช้ report card แบบไหน ทำอย่างไรให้สารสนเทศที่เกิดขึ้นนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากที่สุด

11. การวัดผลงานทำให้เกิดค่าใช้จ่าย ต้องแสดงคุณค่าของการวัดผลงานว่าทำให้เกิดการปรับปรุงบริการสุขภาพที่สัมผัสได้ได้อย่างไร มีการตัดสินใจที่ดีขึ้นอย่างไร

แม้จะเป็นคำถามที่ตอบยาก เป็นคำถามที่ชวนให้ปวดหัว แต่ก็ก็เป็นสิ่งที่ทุกท่านพึงตระหนักไว้ในใจตลอดเวลา เพื่อที่ว่าจะไม่ทำอะไรในลักษณะที่เอาแต่งายเข้าว่า ขณะเดียวกันก็ไม่เลยที่จะหาโอกาสพัฒนาวิธีการวัดและการนำไปใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

Dashboard คือแผ่นตรงหน้าคนขับรถยนต์หรือเครื่องบินที่ติดเข็มและหน้าปัดต่างๆ ระหว่างที่เราขับรถหรือนั่งเครื่องบิน เราจะคอยสังเกตดูตัวเลขต่างๆ บนแผงหน้าปัดเป็นระยะ ข้อมูลที่ได้รับจะช่วยให้เราได้รับรู้สถานการณ์ในปัจจุบัน และตัดสินใจอย่างเหมาะสม

เข็มตัวเลขบนแผงหน้าปัดของรถยนต์จะมีจำนวนไม่มากนัก มีเท่าที่จำเป็นที่ผู้ขับขี่จะต้องใช้งาน เป็นข้อมูลที่ empower ผู้ใช้งานหรือผู้ขับขี่

มีผู้แนะนำว่าผู้บริหารขององค์กรต่างๆ ควรใช้แนวคิดเรื่อง dashboard ในการติดตามตัวชี้วัดเชิงกลยุทธ์หรือตัวชี้วัดที่สำคัญขององค์กร ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ดังนี้

1. เป็นการนำองค์ประกอบต่างๆ ในจุดเน้นเชิงกลยุทธ์ซึ่งดูเหมือนจะแตกต่างกัน มาไว้ในรายงานสำหรับการบริหารฉบับเดียวกัน
2. ช่วยลดปริมาณข้อมูลข่าวสารที่มากเกินไป โดยการเน้นไปที่ตัวชี้วัดที่มีความสำคัญสูงเพียงน้อยตัว (vital few indicator)
3. ทำให้ผู้บริหารต้องพิจารณาตัวชี้วัดสำคัญทั้งหมดไปพร้อมกัน และได้เห็นว่าการพัฒนาในด้านใดด้านหนึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อด้านอื่น
4. ทำให้ศูนย์กลางขององค์กรเน้นไปที่กลยุทธ์และวิสัยทัศน์มากกว่าการควบคุม
5. ใช้พื้นฐานของความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างหน้าที่ต่างๆ มากกว่าผลงานของแต่ละหน่วย แต่ละส่วน
6. เป็นโอกาสการเรียนรู้ขององค์กรในระดับผู้บริหาร

ต่อคำถามที่ว่าควรจะมีตัวชี้วัดกี่ตัวบน dashboard คำตอบที่ได้รับเป็นเพียง guideline มากกว่าจำนวนที่แน่นอน นั่นก็คือให้เราติดตามเฉพาะตัวชี้วัดที่เป็น vital few และทั้งเรื่องอื่นๆ ที่อาจจะน่าสนใจอื่นๆ ไว้ก่อน

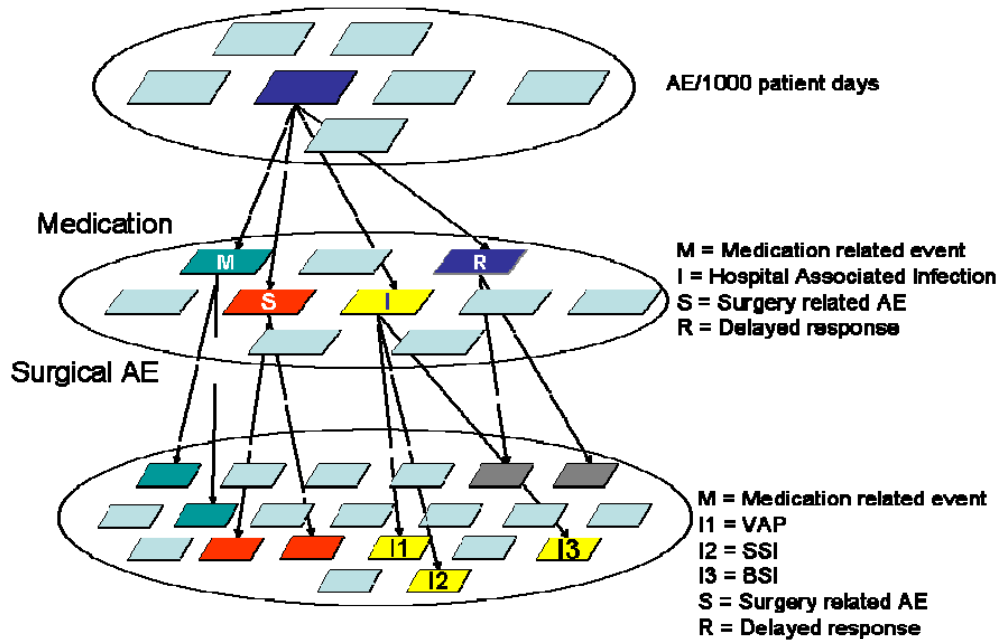
เมื่อจะหา vital few ในระดับบนสุด แนวคิดเรื่องการแบ่งระดับของระบบก็เข้ามามีบทบาท เช่น ในระดับบนสุดอาจจะพิจารณาระบบของฝ่ายการพยาบาล ถือว่าเป็น macrosystem ขององค์กร รองลงไปก็คือบริการพยาบาลในสาขาต่างๆ สตรีกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม ถือว่าเป็น mesosystem และรองลงไปอีกก็คือหอผู้ป่วยต่างๆ ถือว่าเป็น microsystem

หรือเมื่อพิจารณาในเรื่องระบบต่างๆ เช่น ระบบบริหารความเสี่ยง ตัวชี้วัดในระดับบนสุดน่าจะเป็นสิ่งที่ครอบคลุมความเสี่ยงได้มากที่สุด เช่น adverse events / 1,000 patient days และตัวชี้วัดระดับรองลงมาจะจำแนกไปตามความเสี่ยงในระบบต่างๆ ในขณะที่ตัวชี้วัด

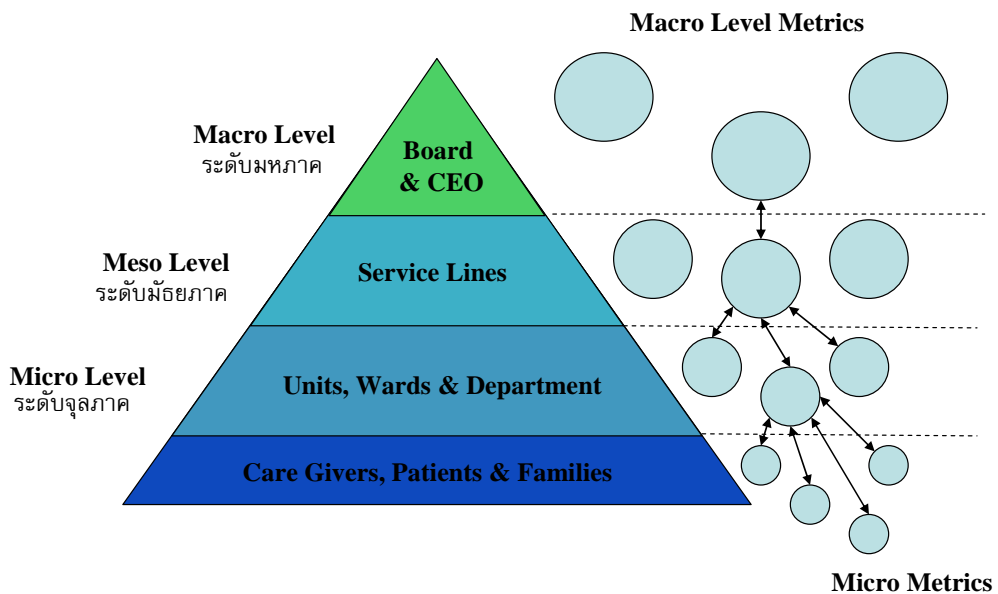
³² ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 8 ฉบับที่ 182 (16-31 พฤษภาคม 2550)

หน่วยงานต่างๆ ต้อง monitor ตัวเอง คือความเสี่ยงเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานของตนเอง

Patient Safety Indicators at Various Level



หลักการของการออกแบบระบบสารสนเทศ คือการ capture ข้อมูลที่ระดับล่างสุด และค่อยๆ รวมข้อมูลขึ้นไปเป็นระดับชั้น



ตัวชี้วัดเชิงกลยุทธ์ ควรเป็นสิ่งที่ควบคู่กับการกำหนดเป้าหมายและกลยุทธ์ในการพัฒนาหรือการแก้ปัญหา ดังตัวอย่าง

System-level Aim	ไม่มีการเสียชีวิตที่หลีกเลี่ยงได้ (no needless deaths)
System-Level Measures	Monthly mortality percentage Hospital Standardized Mortality Rate
Strategy	ระดับอัตราการกำลังของพยาบาล การทำงานเป็นทีมระหว่างแพทย์กับพยาบาล และระหว่างแพทย์ด้วยกัน การลดภาวะไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรคและการตอบสนองที่เหมาะสม

เป็นที่แน่นอนว่า การวัดควรจะนำไปสู่การปรับปรุงวิธีการทำงานของเราให้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม การวัดก็มีข้อจำกัดที่เราพึงทำความเข้าใจและใช้อย่างระมัดระวัง Margaret Wheatley ได้กล่าวถึงความเชื่อพื้นฐานซึ่งมักจะได้รับการกล่าวอ้างถึง แต่เธอเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ในองค์กร นั่นก็คือ 1) มีเพียงวัตถุและตัวเลขเท่านั้นที่เป็นของจริง 2) คุณสมบัตินั้นจัดการได้เฉพาะกับสิ่งที่คุณวัดได้เท่านั้น

เธอเห็นว่าองค์กรเป็นเสมือนสิ่งมีชีวิต และสิ่งมีชีวิตจะอยู่รอดได้ด้วย การปรับตัวจากการได้รับ feedback เธอได้ชี้ให้เห็นความแตกต่างระหว่าง feedback กับ measurement ดังต่อไปนี้

Feedback	Measurement
การออกแบบขึ้นกับบริบท	ออกแบบแล้วใช้ได้ทั่วไปทั้งหมด
เจ้าของเป็นผู้กำหนดเอง	เป็นสิ่งที่กำหนดมาจากภายนอก
รับข้อมูลจากที่ใดก็ได้	ข้อมูลถูกกำหนดเป็นหัวข้อที่ตายตัว
ระบบเป็นผู้ให้ความหมายของตนเอง	มีการกำหนดความหมายมาก่อนแล้ว
ความแปลกใหม่เป็นสิ่งจำเป็น	ให้คุณค่ากับสิ่งที่สามารถพยากรณ์ได้และเรื่อง routine
เน้นการปรับตัวและการเติบโต	เน้นการคงตัวและการควบคุม
ความหมายแปรเปลี่ยนไปได้	ความหมายคงที่
ระบบปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม	ระบบปรับตัวกับสิ่งที่วัด

ด้วยข้อคิดดังกล่าว คงจะทำให้เราได้ตระหนักว่าทำอย่างไรการวัดของเราจึงจะเป็นไป
เพื่อการ feedback และปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม มิใช่ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งที่ถูกวัด
หรือเกิดความเครียดเนื่องจากการวัด

จะปฏิเสธการวัดโดยสิ้นเชิงก็ไม่ได้

วัดโดยไม่ทำความเข้าใจให้ดีก็เป็นอันตราย

เล่นกับข้อมูลการตาย³³

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

อัตราการตายรวมของผู้ป่วยทั้งโรงพยาบาล (Total Hospital Mortality Rate) เป็นตัวชี้วัดที่
เก็บง่าย โรงพยาบาลต่างๆ มักจะใช้วัดกัน

แต่ก็เกิดคำถามอยู่เสมอว่าอัตราการตายรวมของผู้ป่วยทั้งโรงพยาบาลสามารถสะท้อน
คุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่ ในเมื่อโรงพยาบาลต่างๆ มีความรุนแรงของผู้ป่วยที่ต่างกัน
หรือเป็นที่แน่นอนอยู่แล้วว่าผลลัพธ์สุดท้ายของผู้ป่วยบางโรคคือการเสียชีวิต

ความพยายามที่จะแก้ปัญหาดังกล่าวอาจสรุปได้ดังนี้

1. เลือกที่จะวัดอัตราตายในผู้ป่วยบางกลุ่ม เพื่อลดความแตกต่างของกลุ่มผู้ป่วยที่จะ
นำมาใช้เปรียบเทียบ

2. ปรับค่าอัตราตายรวมของโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะนำเสนอออกมาเป็น Hospital
Standardized Mortality Ratio (HSMR) คือเปรียบเทียบ observed death กับ expected death
ที่คำนวณมา หรืออาจจะนำเสนอเป็น Risk Adjusted Mortality Rate (RAMA)

ตัวอย่างการเลือกที่จะศึกษาอัตราหรือจำนวนการเสียชีวิตในผู้ป่วยบางกลุ่ม มีดังนี้

1. พรพ.ได้ขอให้โรงพยาบาลนำเสนอข้อมูล การเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน การเสียชีวิตจากการ
การผ่าตัด การเสียชีวิตของมารดาและทารก

2. IQIP³⁴ ได้กำหนดตัวชี้วัดการเสียชีวิตตามลักษณะบริการไว้ได้แก่ neonatal และ
peri-operative mortality โดย neonatal mortality ได้จำแนกระหว่าง direct admission และ
transfers-in รวมทั้งจำแนกตามน้ำหนักของทารกแรกเกิด (<=750, 751-1000, 1001-1800,
>=1801) ส่วน peri-operative mortality จะจำแนกตามระดับของการเจ็บป่วย (ASA P1-5)

3. AHRQ³⁵ เสนอให้ใช้ Death in Low-Mortality DRGs (DRG ที่มีอัตราตายน้อยกว่า
0.5%) จำแนกตาม DRG type (สูติ, ศัลย์, อายุร, กุมาร, จิตเวช) ซึ่งจะสะท้อนคุณภาพของการ
ดูแลผู้ป่วยจากแนวคิดที่ว่าผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวไม่น่าจะมีการเสียชีวิต

4. การติดตามอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มโรคหรือ tracer ต่างๆ เช่น acute MI, CABG,
stroke, CHF, Fracture Hip, traumatic brain injury ซึ่งในบางกลุ่มโรคก็จะมีการทำ risk-
adjusted ร่วมด้วย

สำหรับ Standardized Mortality Ratio (SMR) นั้น เริ่มจากการศึกษาอัตราตายเทียบกับ
กับฐานประชากรในพื้นที่ต่างๆ แล้วนำตัวแปรทางประชากรศาสตร์ เศรษฐกิจและสังคมเข้ามา
วิเคราะห์ ทำให้สามารถคาดการณ์อัตราตายในพื้นที่ต่างๆ ที่ควรจะเป็นตามสมการตัวแปร

³³ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 8 ฉบับที่ 190 (1-15 กันยายน 2550)

³⁴ International Quality Indicator Project. <http://www.internationalqip.com>

³⁵ AHRQ (2003) : Guide to Patient Safety Indicators. AHRQ Pub. No. 03-R203.

ทั้งหลาย สูตรในการคำนวณง่าย ๆ ก็คือ $SMR = 100 \times \text{actual number of death} / \text{expected number of death}$

SMR = 100 คือมีอัตราตายเท่ากับค่าเฉลี่ยของข้อมูลรวมทั้งหมดที่ศึกษา

Sir Brian Jarman จาก Imperial College School of Medicine, London ได้นำแนวคิด SMR มาใช้กับข้อมูลการเสียชีวิตในโรงพยาบาล โดยเลือกเอากลุ่มโรคที่มีการเสียชีวิตมากที่สุด ให้ครอบคลุมการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 80 (ที่อังกฤษจะใช้ 80 กลุ่มโรคตามรหัส ICD และที่อเมริกาจะใช้ 30 กลุ่มโรคตาม Clinical Classification System) ตัวแปรที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ของอัตราตายในแต่ละกลุ่มโรคคือ อายุ เพศ วิธีการรับไว้ (ฉุกเฉินหรือ elective) และระยะเวลาอนโรงพยาบาล

Jarman ได้นำวิธีเดียวกันไปวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล AHRQ และ Medicare

แน่นอนว่าวิธีการของ Jarman ได้รับการวิพากษ์กันมากพอสมควรว่ามีความน่าเชื่อถือแค่ไหน เนื่องจากข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์จะเป็นข้อมูลที่มีอยู่ในฐานข้อมูลการจัดการหรือการเรียกเก็บเงิน แต่ไม่ค่อยมีตัวแปรที่สะท้อนความรุนแรงของการเจ็บป่วย

IHI³⁶ เข้ามารับลูกตรงนี้ต่อโดยการแนะนำให้โรงพยาบาลต่างๆ plot your dot คือนำค่า HSMR และ charge per admission ของแต่ละโรงพยาบาลมาเปรียบกับภาพรวมของทั้งประเทศ เพื่อดูว่า รพ.ของตนอยู่ตรงไหน จุดที่อยู่ตรงนั้นมีความหมายว่าอย่างไร จากนั้น IHI แนะนำให้นำवेशระเบียนของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจำนวน 50 รายติดต่อกันมาวิเคราะห์ ให้ทำความเข้าใจสถานการณ์ด้วยการใช้ 2 x 2 matrix ดังภาพ

ICU Admission

		Yes	No
Comfort Care Only	Yes	A	B
	No	c	D

ให้ใช้เฉพาะข้อมูลขณะแรกรับโดยไม่ต้องดูการวินิจฉัยขณะจำหน่าย ในการตอบคำถาม 2 ข้อนี้

³⁶ IHI (2003): Moving Your Dot. Measuring, Evaluating, and Reducing Hospital Mortality Rate.

1. การรับผู้ป่วยครั้งแรกเป็นการรับเข้า ICU หรือ critical care unit หรือไม่
2. ผู้ป่วยได้รับการรับไว้เพื่อการดูแลแบบ terminal care หรือ comfort care หรือไม่
ผู้ป่วยแต่ละรายก็จะได้รับการบรรจุเข้าไว้ใน box ใด box หนึ่ง ของ matrix นี้
แต่ละ box มีประเด็นที่น่าคิดดังนี้

Box A ผู้ป่วยต้องการเพียง comfort care เท่านั้น แต่รับไว้ใน ICU แสดงถึงการใช้ ICU ที่มากเกินไปจนจำเป็น

Box B ผู้ป่วยต้องการเพียง comfort care และได้รับไว้ในอนโรพยาบาล แสดงถึงโอกาสที่เราจะพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในชุมชน หรือที่บ้านของผู้ป่วย หรือสถานที่บริการเฉพาะที่ไม่ใช่โรงพยาบาลได้

Box C ผู้ป่วยต้องการการดูแลที่มากกว่า comfort care ได้รับความไว้ใน ICU และผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นโอกาสที่จะทบทวนว่าการดูแลใน ICU นั้นได้ใช้มาตรการต่างๆ เพื่อการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างเต็มที่แล้วหรือยัง

Box D ผู้ป่วยต้องการการดูแลที่มากกว่า comfort care แต่ไม่ได้รับการรับไว้ใน ICU และผู้ป่วยเสียชีวิต อาจแสดงถึงการประเมินแรกรับที่ไม่ครอบคลุมความเสี่ยงสำคัญ รวมทั้งเป็นโอกาสที่จะทบทวนดูความรวดเร็วในการ detect และตอบสนองปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป

การวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยใน Box D อาจจะทำได้ดังตัวอย่างต่อไปนี้ เพื่อให้เห็นโอกาสพัฒนาที่ชัดเจนขึ้น

	Yes	No	Maybe
1. Evidence of planning failures	38%	53%	7%
2. Evidence of lack of responsiveness to nursing concerns by physicians	15%	84%	
3. Was lack of responsiveness a factor?	7%	84%	7%
4. ICU transfer prior to death	38%	61%	
5. Change to "No Code" or comfort care	53%	46%	
6. How many days into admission did "No Code" or comfort care occur?	1 @ 3 days 4 @ 4 days 1 @ 12 days 1 DNR @ 3 days		
7. Evidence of adverse events	53%	38%	
8. Evidence of miscommunication	30%	69%	

จากนั้น IHI ก็แนะนำให้ทดสอบการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เพื่อที่จะลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยเหล่านี้ เช่น

1. การพัฒนาระบบที่จะค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และใช้ protocol การดูแลที่เหมาะสม
2. เพิ่มระดับการดูแลทางการพยาบาลและ physician contact ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

3. ออกแบบกระบวนการส่งมอบงาน ส่งต่อผู้ป่วย ให้เป็นมาตรฐาน
4. สร้างความร่วมมือกับชุมชนเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยก่อนที่จะป่วยหนัก
5. ใช้ remote monitoring สำหรับผู้ป่วย ICU patients เพื่อให้แพทย์และพยาบาลสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารและลงมือปฏิบัติได้เร็วขึ้น
6. ใช้ Rapid Response Team สำหรับผู้ป่วยวิกฤติที่อยู่นอก ICU

จะเห็นว่ามีเรื่องให้เราต้องเรียนรู้และต้องทำกันอีกมาก

ว่าด้วยความสมดุล

คุณภาพที่สมดุล³⁷

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ในระยะแรกของการพัฒนาคุณภาพ ผมได้นำเสนอแนวคิดการพัฒนาคุณภาพที่สมดุลไว้จำนวนหนึ่ง เพื่อหลีกเลี่ยงวิธีการคิดหรือการแปลความหมายที่สุดโต่ง

สมดุลระหว่าง “การมุ่งระบบ” กับ “การมุ่งคน”

สมดุลระหว่าง “bottom up” กับ “top down”

สมดุลระหว่าง “เต๋า” กับ “กระต่าย” หรือการพัฒนาแบบค่อยเป็นค่อยไป กับการพัฒนาแบบก้าวกระโดด

สมดุลระหว่าง “เหตุผล” กับ “ความรู้สึก”

มาถึงวันนี้ เรื่องของสมดุลก็ยังคงมีความสำคัญ นอกเหนือสมดุลที่เคยกล่าวมาแล้ว ยังมีบทเรียนเพิ่มขึ้นในเรื่องสมดุล เป็นสมดุลระหว่างการทำงานที่มีรูปแบบสูง กับการทำงานอย่างมีศิลปะที่ดูเหมือนไม่มีรูปแบบ แต่เรียบง่าย ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1. การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

การพัฒนาที่มีรูปแบบ คือ training management (การวิเคราะห์ training needs, จัดทำแผนการฝึกอบรม, การฝึกอบรมตามแผนที่จัดทำไว้, การประเมินผลการฝึกอบรม), competency management (กำหนด, ประเมิน, พัฒนา), performance management (ทำแผนและกำหนดเป้าหมาย, ถ่ายทอดมาสู่เป้าหมายระดับบุคคล, ประเมินผล, feed back)

การพัฒนาเหล่านี้ น่าจะส่งผลดีต่อองค์กร แต่เราก็จะพบจุดอ่อนว่าไม่สามารถพัฒนาบุคลากรได้ตามที่ต้องการ ใช้เวลามากกับการกำหนด competency แต่ยังไม่นำไปสู่การปฏิบัติ

วิธีการที่เรียบง่ายกว่า คือการใช้งานเป็นจุดเริ่มต้นในการเรียนรู้ เมื่อให้การดูแลผู้ช่วยสักรายหนึ่ง ทีมงานมีศิลปะในการตั้งคำถามว่าจะเรียนรู้อะไรจากผู้ช่วยรายนี้ ทั้งความรู้ที่เป็นศิลปะหรือความรู้ฝังลึก และความรู้วิชาการที่สามารถค้นหาได้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยให้การค้นหาข้อมูลเหล่านี้เป็นไปได้โดยง่าย มีบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทีม และบทสรุปเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ

จะวางสมดุลระหว่างแนวทางทั้งสองอย่างไร?

2. การบริหารความเสี่ยง

วิธีการที่มีรูปแบบ คือ การวิเคราะห์ความเสี่ยง, การกำหนดมาตรการป้องกัน, การจัดระบบรายงานอุบัติการณ์, การวิเคราะห์ root cause เพื่อปรับปรุงมาตรการป้องกัน รวมทั้งการวิเคราะห์แนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์, และการประเมินประสิทธิภาพของระบบ

³⁷ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 7 ฉบับที่ 157 (1-15 พฤษภาคม 2549)

ระบบเหล่านี้ต้องอาศัยการทำความเข้าใจและสร้างความตื่นตัวกับผู้เกี่ยวข้องอย่างมาก ต้องอาศัยการติดตามและผลักดันอย่างต่อเนื่อง

วิธีการที่เรียบง่ายและนำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยอย่างกว้างขวางคือการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องความเสี่ยงและความปลอดภัยในทุกโอกาส ระหว่างการปฏิบัติงาน ระหว่างการส่งเวร การตรวจเยี่ยมโดยผู้นำ การใช้กรณีที่เกิดขึ้นมาสร้างความเข้าใจและความตื่นตัว รวมถึงนำกรณีดังกล่าวไปเป็นจุดเริ่มในการพัฒนาระบบงานที่เกี่ยวข้อง

จะวางสมดุลระหว่างแนวทางทั้งสองอย่างไร?

3. การจัดการความรู้

วิธีการที่มีรูปแบบคือการวิเคราะห์ส่วนขาดของความรู้ การวางแผนเพื่อหาความรู้ที่องค์กรต้องการ การจัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุน การระดมจัดเก็บองค์ความรู้ไว้ในฐานข้อมูล

วิธีการที่เรียบง่ายคือการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การปรับวิธีการทำงานให้มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สอดแทรกอยู่ด้วย ที่สำคัญคือการรู้จักตั้งคำถามกับตัวเองว่าจะได้บทเรียนอะไรจากการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายหรือการทำงานแต่ละชั้น ฝึกฝนในการสรุปบทเรียนออกมาเพื่อให้สามารถถ่ายทอดให้แก่ผู้อื่นได้

จะวางสมดุลระหว่างแนวทางทั้งสองอย่างไร?

สมดุลคือการยอมรับแนวคิดทุกมุมมองอย่างเป็นกลาง และใช้ประโยชน์จากแนวคิดต่างๆ อย่างเต็มที่ โดยจัดวางน้ำหนักให้ความสำคัญกับแต่ละแนวคิดอย่างสมดุล

รูปแบบ กับ วัฒนธรรม³⁸

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

กระบวนการพัฒนาคุณภาพในแต่ละยุคสมัยจะมีจุดเน้นที่เกิดขึ้นจากการมองเห็นปัญหาของอดีต ครั้นเมื่อเวลาผ่านไป ระดับความเข้มข้นของจุดเน้นนั้นก็จะค่อยๆ ลดลงและเข้าสู่สภาวะสมดุลใหม่

ถึงวันนี้ ข้อสรุปสำคัญประการหนึ่งที่เราควรตระหนักก็คือ ระบบคุณภาพนั้นควรจะมีสมดุลของสิ่งที่มีรูปแบบชัดเจน กับสิ่งที่เป็นวัตรปฏิบัติประจำวัน หล่อหลอมเป็นวัฒนธรรม ที่อาจจะไม่มีลายลักษณ์อักษรชัดเจน แต่มีการปฏิบัติที่มุ่งสู่คุณภาพซึ่งเห็นการกระทำที่ชัดเจน

การค้นหา การยอมรับ และการให้กำลังใจต่อสิ่งที่เป็นวัฒนธรรมคุณภาพ จึงมีความสำคัญสูง มีโอกาสที่จะปฏิบัติได้ง่าย ส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วย

ตารางเปรียบเทียบข้างล่างนี้จะช่วยให้เห็นภาพได้ชัดเจนขึ้น

	รูปแบบที่ชัดเจน	การหล่อหลอมให้เกิดวัฒนธรรม
การพัฒนาบุคลากร	การหาความต้องการ การวางแผน การจัดอบรม การประเมินผล	การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้, การส่งเสริมให้นำกรณีผู้ป่วยมาเป็นจุดเริ่มต้นในการค้นคว้าและเรียนรู้ร่วมกัน, การเชื่อมโยงระหว่างการพัฒนาความรู้ ทบทุนกับการพัฒนาความรู้ความสามารถ
Competency	การจัดทำและประเมิน competency	ความสมดุลระหว่าง core competency & technical competency, การทำความเข้าใจว่า competency แต่ละตัวมีความหมายสำหรับแต่ละคน แต่ละตำแหน่งอย่างไร
ระบบบริหารความเสี่ยง	การจัดทำ risk profile, ระบบรายงานอุบัติการณ์	การทำ safety brief (คุยกันวันละนิด ให้จิตตื่นตัว), การทำ patient safety leadership walkround, การค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิกจากวิธีการอื่นๆ นอกเหนือจากการรายงาน เช่น การพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ การรายงานตรง การ

³⁸ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 7 ฉบับที่ 160 (16-31 มิถุนายน 2549)

		ทบทวนเวชระเบียน
ระบบประกัน คุณภาพ	การจัดทำคู่มือ การบันทึกเพื่อแสดง ถึงการปฏิบัติ	การมีใครสักคนที่ใส่ใจดูแลว่ามีการ ปฏิบัติตามที่เคยคุย เคยตกลงกันไว้
การทบทวนเวช ระเบียน	การทบทวนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อแสดงค่าความสมบูรณ์เป็น ตัวเลข	การที่หัวหน้าตึกใช้เวลาว่างทบทวน เวชระเบียนกับทีมงานพยาบาลถึง คุณค่าและการใช้ประโยชน์จากสิ่งที่ บันทึก
การวางแผนการ ดูแลผู้ป่วย	การเน้นแผนที่เป็นลายลักษณ์อักษร	การที่พยาบาลวางแผนร่วมกับ ผู้ป่วยในขณะที่ส่งเวร และใช้ white board เพื่อการระบุเป้าหมายการ ดูแลร่วมกันในแต่ละวัน

บางครั้ง เราก็ใช้รูปแบบเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างวัฒนธรรม แต่ถ้ารูปแบบนั้นแข็งตัว
มากเกินไป ไม่มีความเข้าใจในเป้าหมายของรูปแบบ ไม่มีการคลายรูปแบบที่แข็งตัวให้ทันเวลา
ก็อาจจะไม่สามารถเกิดวัฒนธรรมได้

วัฒนธรรม ไม่ใช่ all or none หรือ มี / ไม่มี แต่เป็นระดับของการปฏิบัติอย่างเป็น
ธรรมชาติที่ค่อยๆ สะสมอย่างต่อเนื่อง

ในโอกาส 100 ปีชาติกาลท่านพุทธทาส สมควรที่เราจะน้อมนำเอาคำสอนที่ว่า “การ
ทำงานคือการปฏิบัติธรรม” มาเป็นเครื่องเหนี่ยวนำให้เราใช้การทำงานประจำของเราเป็นเครื่อง
ขัดเกลาตัวเราเอง และสร้างวัฒนธรรมคุณภาพให้เกิดขึ้นภายในองค์กรของเรา ความจำเป็นที่
จะต้องใช้รูปแบบเป็นจุดเริ่มต้นก็จะค่อยๆ ลดลงไป

ว่าด้วย **Humanized Health & People Centered Care**

นวัตกรรม ตามรอย และวัดผลคุณภาพ³⁹

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ในระหว่างวันที่ 14-17 มีนาคม 2549 ที่ศูนย์การประชุม IMPACT เป็นการชุมนุมของชาวโรงพยาบาลผู้สนใจในการพัฒนาคุณภาพอย่างคับคั่ง เป็นบรรยากาศของมิตรภาพและความสุข ที่ได้มีโอกาสมารับรู้แนวคิดและความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพของเพื่อนในโรงพยาบาลต่างๆ รับรู้แนวคิดใหม่ๆ ในเรื่องการพัฒนาเพื่อนำไปปรับใช้

HA National Forum คือชื่อเวทีวิชาการที่ชาวโรงพยาบาลรู้จักคุ้นเคย บางท่านกล่าวว่า เป็นเสมือนตลาดความรู้ที่มีความหลากหลาย สนใจเรื่องใดก็เลือกไปตักตวงได้อย่างเต็มที่ ทั้งในห้องประชุม และในห้องนิทรรศการ

หัวข้อการประชุมในปีนี้เป็น “นวัตกรรม ตามรอย และวัดผลคุณภาพ” เป็นการตอบคำถามพื้นฐานเพื่อการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ “เราทำงานกันอย่างไร ทำได้ดีหรือไม่ และจะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร”

เมื่อนำหัวข้อทั้งหมดที่นำเสนอรวมทั้ง 80 หัวข้อมาประมวลเข้าด้วยกัน จะพบว่ากรอบแนวคิดที่สามารถเชื่อมโยงหัวข้อทั้งหมดได้เป็นอย่างดี คือกรอบแนวคิด 3C-PDSA ซึ่งจะให้ผู้เข้าร่วมประชุมนำความรู้ที่ได้ไปใช้อย่างเชื่อมโยง

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้นำเสนอแนวคิดเรื่อง clinical tracer ให้แก่โรงพยาบาลต่างๆ มาระยะหนึ่งแล้ว การประชุมครั้งนี้จึงเป็นการนำเสนอประสบการณ์ของโรงพยาบาลซึ่งอาจจะมีทั้งการตามรอยโดยตั้งใจ หรือการตามรอยโดยธรรมชาติของการทำงาน มีเรื่องราวที่นำเสนอการตามรอยในสถานการณ์ต่างๆ เช่น ตามรอย wheezing lung (asthma และ COPD), ตามรอย axon ให้ excite (stroke & head injury), ตามรอยเจ้าหน้าที่น้อย, ตามรอยแก้วผลเจ้าไวร้าย HIV เป็นต้น วิทยากรในส่วนนี้เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงจากพื้นที่ ตั้งแต่ระดับโรงเรียนแพทย์ไปจนถึงโรงพยาบาลชุมชน นำเอาความรู้ฝังลึกมาแลกเปลี่ยนกัน เพื่อสร้างชุมชนทรัพยากรความรู้เชิงปฏิบัติที่หาไม่ได้จากตำรา

ในการนำเสนอเรื่องของ tracer สิ่งที่ควบคู่กันไปคือตัวชี้วัดที่มีความชัดเจนสำหรับแต่ละสถานะที่นำเสนอ ในมาตรฐาน HA ฉบับใหม่ จะมุ่งเน้นการวัดผลที่สมดุล โดยในส่วนของผลการดูแลผู้ป่วยนั้นจะต้องแสดงให้เห็นคุณภาพในประเด็นสำคัญได้ จึงเป็นการสมควรที่จะมีการเรียนรู้ร่วมกันว่าตัวชี้วัดที่เหมาะสมของแต่ละโรคน่าจะมีอะไรบ้าง

นอกเหนือจากความร่วมมือในเรื่องตัวชี้วัดแล้ว พรพ. ยังได้เชิญชวนให้โรงพยาบาลต่างๆ กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยใน 8 เรื่องที่มีความสำคัญสูง ได้แก่ การระบุตัวผู้ป่วย, การสื่อสาร, ความปลอดภัยในการใช้ยา, ความปลอดภัยในการผ่าตัด, ความปลอดภัยจากการติดเชื้อ, ความปลอดภัยสำหรับมารดาและทารก, ความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

³⁹ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 7 ฉบับที่ 155 (1-15 เมษายน 2549)

โรคหลอดเลือดหัวใจ และการดูแลผู้ป่วยที่มี clinical unstable อย่างเหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรก ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤติและไม่สามารถแก้ไขให้กลับคืนมาได้

เครื่องมือสำหรับการตามรอยมิได้มีเพียง clinical tracer เท่านั้น ที่ประชุมได้เรียนรู้เทคนิคสำหรับการตามรอยอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น การใช้ outcome mapping เพื่อประเมินการดำเนินงานควบคู่กับการ empower ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม, การใช้สุนทรียศาสตร์ (Appreciative Inquiry) เพื่อค้นหาสิ่งดีๆ ที่อยู่รอบตัวเราและนำไปสู่การสร้างโลกใบใหม่, การใช้ Human Factor Engineering เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของมนุษย์กับโลกรอบตัวและออกแบบระบบงานที่เอื้อต่อคุณภาพ

ในการห้วงนิทรรศการ ได้มีการนำเสนอนวัตกรรมและผลงานต่างๆ จำนวนมาก ซึ่งเจ้าของผลงานแต่ละชิ้นต่างมาคอยอธิบายแนวคิดและประสบการณ์การทำงานของตนอย่างไม่เหน็ดเหนื่อยและด้วยความภาคภูมิใจ เรื่องบางเรื่องดูเหมือนเป็นเรื่องง่าย ๆ แต่กลับเหมือนเส้นผมบังภูเขา ด้วยประสบการณ์เหล่านี้ เป็นที่คาดหวังว่าในอนาคต จะมีนวัตกรรมเชิงระบบงานเพิ่มมากขึ้น

ถ้าจะถามว่าทั้งหมดนี้เราจะมุ่งไปสู่เป้าหมายอะไร คำตอบที่ชัดเจนที่สุดน่าจะเป็นคำกล่าวของ ศ.นพ.ประเวศ วะสี ซึ่งได้กล่าวปาฐกถาในช่วงต้นของการประชุมไว้ดังนี้

“ขอแสดงความยินดีกับ พรพ.ที่ได้ทำงานมาพร้อมกับการขยายประชาคม มีผู้คนสนใจเรื่องคุณภาพโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จนกลายเป็นกระบวนการแห่งชาติ ได้นำการสาธารณสุขไทยเข้าสู่ยุคที่สอง ท่านจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม แต่กระบวนการ HA ได้นำการสาธารณสุขไทยเข้าสู่ยุคที่สอง ยุคที่หนึ่งคือ บริการสุขภาพที่ทันสมัย (modernized health care) ยุคที่สองคือบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (humanized health care) ขณะที่บริการที่ทันสมัยก็ยังดำเนินต่อไป ยุคที่สองได้ยกระดับขึ้นมา เนื่องจากมีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ท่านทั้งหลายจึงคำนึงถึงคุณภาพ เรื่อง quality กับ humanity เป็นเรื่องที่ไม่ไปด้วยกัน เรื่องคุณภาพไม่ใช่เรื่องทางเทคนิคเท่านั้น รากลึกของคุณภาพอยู่ที่มนุษยธรรม เพราะมีน้ำใจต่อเพื่อนมนุษย์ ท่านจึงมุ่งสู่ความสูงสุดในเรื่องคุณภาพ”

“ศีลธรรมต้องเป็นหลักของแผ่นดินในทุกๆ เรื่อง การเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา สุขภาพ การสื่อสาร เราต้องทำระบบสุขภาพให้เป็นพลังทางศีลธรรมให้ได้ บ้านเมืองจะอยู่รอดปลอดภัย”

“เราทั้งหมดควรจะร่วมกันขับเคลื่อนยุคที่สองของการสาธารณสุขไทย คือระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ เพื่อเยียวยาโลก”

ปรับโฉมการดูแลที่ข้างเตียงผู้ป่วย⁴⁰

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

หัวข้อข้างต้นนี้แปลมาจากคำว่า “transforming care at the bedside” ซึ่งเป็นหัวข้อการประชุมหัวข้อหนึ่งใน European Forum on Quality Improvement in Healthcare ครั้งที่ 11 เมื่อวันที่ 26 เมษายน ที่ผ่านมา เป็นหัวข้อที่น่าสนใจเพราะน่าจะเห็นรูปธรรมของการเปลี่ยนแปลงที่ใกล้ตัวผู้ป่วยที่สุด

โครงการพัฒนาคุณภาพดังกล่าวซึ่งเรียกย่อๆ ว่า TCAB เป็นโครงการนำร่องที่ทำในหลายประเทศ มีกรอบความคิดในการออกแบบการดูแลผู้ป่วยหลักๆ (key design theme) 4 ด้านด้วยกัน ได้แก่

1. safe & reliable care
2. vitality & teamwork การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อการทำงานที่มีความสุข เพื่อให้ทีมงานพัฒนาตนเองและพัฒนางานไปสู่ความเป็นเลิศ
3. patient-centered care การดูแลที่เป็นองค์รวมและต่อเนื่อง การเคารพในค่านิยมและความต้องการของผู้ป่วย
4. value-added care การลดความสูญเปล่าและเพิ่มประสิทธิภาพในการไหลเวียนของงาน

การประชุมครั้งนี้เป็นการนำเสนอประสบการณ์จากอเมริกาและสวีเดน ซึ่งได้สรุปการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อสูงในด้านต่างๆ ไว้

ในเรื่อง safe & reliable care ซึ่งเป็นการปรับโฉมที่จะนำไปสู่ความปลอดภัยของผู้ป่วย ป้องกันความสูญเสียและการฟ้องร้องที่อาจเกิดขึ้นตามมา

ก. สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหนักปานกลางซึ่งอยู่ในหอผู้ป่วยทั่วไป มีมาตรการที่น่าสนใจดังนี้

1) ลดปัญหาไม่ประสบความสำเร็จในการช่วยชีวิต (failure to rescue) ด้วยการจัดให้มีระบบการตรวจจับและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกแต่เนิ่นๆ โดยใช้ medical emergency team หรือ rapid response team เข้ามาช่วยประเมินและ stabilize ผู้ป่วย ซึ่งเป็น patient safety goal อันหนึ่งที่ พรพ.เชิญชวนให้ รพ.ต่างๆ พิจารณานำไปปฏิบัติ

2) การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย เช่น การไม่กล่าวโทษกัน การพูดคุยเรื่องความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างย่อๆ ในการทำงานประจำวัน และการตรวจเยี่ยมของผู้บริหาร

3) การลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา ด้วยการทบทวนตรวจสอบรายการยาให้มีความถูกต้องมากที่สุด (medication reconciliation) ในช่วงการรับใหม่ การย้ายหน่วยบริการ

⁴⁰ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 7 ฉบับที่ 158 (16-31 พฤษภาคม 2549)

และการจำหน่าย รวมทั้งการวัดอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาด้วยการสุ่มเวชระเบียนและมองหาข้อมูลหรือเหตุการณ์ที่ชวนให้สะดุดใจ (trigger) ว่าอาจจะเกิดเหตุไม่พึงประสงค์

- 4) การป้องกันและลดอันตรายจากการพลัดตกหกล้ม
- 5) ออกแบบกระบวนการดูแลบนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการสำหรับสภาวะทางคลินิกที่สำคัญ

สำคัญ

ข) สำหรับผู้ป่วยวิกฤติซึ่งอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก มีมาตรการที่น่าสนใจดังนี้

- 1) การป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
- 2) การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใส่ central line
- 3) การตรวจเยี่ยมร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และการมีเป้าหมายร่วมที่บันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร
- 4) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
- 5) การตรวจหาและป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ในเรื่อง **vitality & teamwork** นอกเหนือจากการทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ การมีส่วนร่วม การใช้ข้อมูล การทดลองนวัตกรรม การสนับสนุนจากผู้นำ แล้ว มีประเด็นที่น่าสนใจอันหนึ่งคือการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับแพทย์ ด้วยลักษณะนิสัยที่แตกต่างกันระหว่างพยาบาลกับแพทย์ คือพยาบาลมักจะให้รายละเอียดค่อนข้างมากในลักษณะของการเล่าเรื่อง ขณะที่แพทย์ต้องการข้อมูลที่กระชับเพื่อการตัดสินใจแก้ปัญหา ทำให้เกิดปัญหาการสื่อสารระหว่างแพทย์กับพยาบาล ที่งานได้นำเอาแนวทางที่ธุรกิจการบินใช้รายงานเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินมาทดลองใช้ และพบว่าใช้ได้ผล ทำให้พยาบาลสามารถรายงานสถานการณ์ฉุกเฉินให้แพทย์เข้าใจและตอบสนองอย่างเหมาะสมได้ในเวลาอันสั้น เรียกเทคนิคการสื่อสารนี้ว่า SBAR (ย่อมาจาก situation - background - assessment - recommendation) ซึ่งถ้าฟังตัวอย่างการใช้แล้วจะเข้าใจยิ่งขึ้น ดังนี้

Situation: คุณหมอคะ ดิฉันรามา ICU ค่ะ มีคนไข้ที่ ICU รายหนึ่งกำลังอยู่ในภาวะ serious respiratory distress

Background: คนไข้รายนี้เป็น severe COPD และอาการทรุดลงเรื่อยๆ ตอนนี้อาการหนักลงอย่างรวดเร็ว หายใจ 40 ครั้งต่อนาที O2 Sat 74%

Assessment: เสี่ยงหายใจด้านขวาค่อนข้างเบา ดิฉันคิดว่าคนไข้อาจจะมี pneumothorax และอาจจะต้องการได้รับการเจาะใส่ chest tube ก่อนที่คนไข้จะหยุดหายใจ

Recommendation: เราต้องการความช่วยเหลือจากคุณหมอโดยด่วนจริงๆ ค่ะ

ในเรื่อง **patient-centered care** ได้กล่าวถึงการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตรวจเยี่ยม การจัดทำ

เป้าหมายประจำวันในการดูแลผู้ป่วย และที่น่าสนใจก็คือการใช้ white board ในการสื่อสาร เป้าหมาย แผนการดูแล ความต้องการ ซึ่งจะเกิดขึ้นในช่วงส่งเวรของพยาบาลทุกเวร และในช่วงที่แพทย์มาตรวจเยี่ยม ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าแพทย์จะพยาบาลจะให้การดูแลเพื่อบรรลุเป้าหมายอะไรในวันนี้ ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยก็มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายจากความต้องการของตนเองด้วย การสื่อสารที่เรียบง่ายและมีประสิทธิภาพเช่นนี้ ทำให้ทุกคนตระหนักในสิ่งที่จะต้องร่วมกันทำและติดตามว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งใจไว้หรือไม่ เป็นการสร้างความเข้าใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว อย่างไรก็ตามการใช้ white board นี้อาจจะไม่สะดวกสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ห้องรวม ซึ่งอาจจะต้องหาวิธีการที่เหมาะสมต่อไป

นอกจากนี้ยังมีการพูดถึงการจัดให้มีเวลาที่สงบเงียบ (peace & quiet time) ในช่วงเวลาที่เหมาะสม ซึ่งจะไม่มีการปฏิบัติงานใดๆ ที่เป็นการรบกวนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้อย่างเต็มที่

ในเรื่อง value-added care นั้นได้กล่าวถึงการปรับเปลี่ยนตำแหน่งที่เก็บวัสดุเวชภัณฑ์ และเครื่องมือให้อยู่ในหรือใกล้กับห้องของผู้ป่วย การออกแบบกระบวนการรับจำหน่าย และส่งเวรให้มีประสิทธิภาพ การมีเครื่องมือสื่อสารที่ติดต่อดีตลอดเวลา การลดงานเอกสาร เป็นต้น

การปรับโฉมเหล่านี้ยังคงอาศัยกระบวนการ PDSA ซึ่งเป็นการทดสอบแนวคิดใหม่ๆ ในการทำงาน เป็นการทดสอบในเรื่องเล็กๆ หลายๆ เรื่อง ใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กๆ หลายๆ ครั้ง เมื่อแน่ใจว่าได้ผลแล้วก็จะขยายผลอย่างกว้างขวาง

แนวความคิดเหล่านี้ หลายเรื่องน่าจะสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทยได้ โดยใช้หลักการของการทดสอบเล็กๆ แล้วค่อยขยายผล ซึ่งเรื่องใดที่มีรายละเอียดและมีความซับซ้อนจะได้ทยอยนำมาเล่าสู่กันฟังต่อไปครับ

Patch Adams ⁴¹

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล

เชื่อว่าหลายท่านคงเคยดูภาพยนตร์เรื่องนี้ หลายท่านคงตั้งใจในบทบาทและความคิดของ Patch Adams ขณะที่หลายท่านอาจจะสงสัยว่าสิ่งที่ปรากฏบนจอ นั้นเป็นเรื่องจริงหรือไม่ เป็นเรื่องปกติที่ว่าในภาพยนตร์มีทั้งเรื่องจริงและเรื่องที่ไม่จริง มีทั้งเนื้อหาที่แต่งเติมและเนื้อหาสำคัญที่ขาดหายไป

ในความเป็นจริง Patch Adams ยังมีตัวตน ยังคงแข่งขันกับการนำความคิดฝันของเขาไปสู่การปฏิบัติ เขาเดินทางไปในประเทศต่างๆ พร้อมกับคณะละครตลกเพื่อให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นสามารถทำได้บนพื้นฐานของ friendship & fun

Patch เป็นนักปฏิรูปสังคม เข้ามาเรียนแพทย์ด้วยความใฝ่ฝันที่จะใช้บริการการแพทย์ เป็นเครื่องมือในการปฏิรูปสังคม

การปฏิรูปพื้นฐานอันหนึ่งที่อยู่ใใจของ Patch คือเรื่องของความมีชื่อเสียง ซึ่งคนทั่วไปยึดถือความมั่งคั่งและการรวมศูนย์เข้าสู่ตนเองเป็นสำคัญ แต่ Patch อยากเห็นโลกที่ผู้คนมีชื่อเสียงได้ด้วยการทำงานเพื่อศานติ ความเป็นธรรม การดูแลด้วยความรักและเอื้ออาทร (peace, justice and care - act from love) ซึ่งเป็นตัวอย่างที่สามารถจูงใจให้คนอื่น ๆ ปฏิบัติตาม

เมื่อปี 1972 ซึ่งเป็นช่วงที่เกิดวิกฤติของบริการสุขภาพในอเมริกา ที่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้น บริการที่แปลกแยก Patch ได้ก่อตั้ง **Gesundheit! Institute** ขึ้น เพื่อนำเอาความหฤหรรษ์ มิตรภาพ และความสุขในการทำงานบริการ (fun, friendship, and the joy of service) กลับเข้ามาในการดูแลสุขภาพ เริ่มต้นด้วยการเปิดคลินิกที่บ้านซึ่งไม่เก็บเงิน (home-based free clinic) เป็นการที่ผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแลมาใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน

หลักการว่าของกิจการนี้ก็คือ ยินดีต้อนรับศิลปะการเยียวยาทุกประเภท, ปฏิบัติต่อผู้ป่วยทุกรายเสมือนมิตรสหาย, ไม่มีการคิดค่าบริการ, ไม่รับเงินจากระบบประกันสุขภาพใดๆ, ให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ของการดูแลที่มีความสนุกสนาน, ไม่มีการประกันการถูกฟ้อง, ให้คุณค่าต่อสุขภาพของผู้ให้บริการเท่าเทียมกับผู้รับบริการ, สุขภาพของบุคคลได้รับการพุ่มพักอยู่ในสุขภาพของครอบครัว ชุมชน สังคม ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

Patch ทำหน้าที่ระดมทุนเพื่อสร้างใฝ่ฝันของเขากลายเป็นความจริง ควบคู่ไปกับการเชิญชวนผู้คนมาร่วมกิจกรรม การร่วมกิจกรรมกับคณะละครตลก การฝึกอบรม

ทีมงานซึ่งประกอบด้วยผู้ประกอบวิชาชีพและทีมผู้ดูแลอื่นๆ มิได้ให้บริการในโรงพยาบาลอย่างที่เราค้นเคย แต่จะรอรับโทรศัพท์ตามและพร้อมที่จะนำมิตรภาพและความหฤหรรษ์ไปถึงประตูบ้านของผู้ป่วย

⁴¹ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 7 ฉบับที่ 164 (15-31 สิงหาคม 2549)

แนวคิดโดยรวมของ Patch Adams อาจจะถูกเป็นอุดมคติและเป็นการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานอย่างรุนแรง

ถ้าจะรับแนวคิดที่ง่ายที่สุดมาปฏิบัติในโรงพยาบาล นั่นคือ fun, friendship, & joy of service

ลองพิจารณาดูความเป็นไปได้ต่อไปนี้ เพื่อเปลี่ยนโรงพยาบาลจากแหล่งที่รวมความเจ็บป่วย ความสูญเสีย เป็นสถานที่ที่มีรอยยิ้มแห่งความสุข ความสนุก ทำให้คนไม่ป่วยเต็มใจเดินเข้าโรงพยาบาลเพื่อรักษาสุขภาพ ชำรงความมีสุขภาพดีของตนเองไว้ ชักจูงเพื่อนฝูงและชุมชนเข้ามาเรียนรู้และเป็นอาสาสมัครในโรงพยาบาล

1. หอผู้ป่วยเด็กที่สนุกสนาน สนุกมากกว่ามีแต่อุปกรณ์เด็กเล่นหรือหนังสือการ์ตูน แต่มีกิจกรรมที่เด็กใฝ่ฝัน มีความสนุกสนานหรือความสุขสอดแทรกอยู่ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยตัว ตลกดีสท์นี่ย์คนหนึ่งถูกตามไปที่โรงพยาบาลในร่างของตัวตลก และให้ความสุขแก่เด็กที่กำลังจะจากไปจนเสียชีวิตในอ้อมแขน เราจะเปิดโอกาสให้ตาราหรือตัวตลกที่เด็ก ๆ รู้จัก เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลเด็กเหล่านี้ได้หรือไม่ นอกเหนือจากงานมูลนิธิที่บางท่านเป็นอาสาสมัครแล้ว นี่คือคุณค่าที่สังคมของเราสามารถช่วยกันสร้างขึ้นมาได้

2. กายภาพบำบัดหยรชช ผสมผสานการบำบัดกับการเล่นที่ผู้ป่วยชื่นชอบ ที่ช่วยให้ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ฯลฯ มีความสุขกับกิจกรรมฟื้นฟูสภาพจนอยากจะทำด้วยตนเอง ทำแล้วทำอีกไม่เบื่อหน่าย

3. การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติจนสามารถรับรู้ความต้องการและความเชื่อที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพใด

4. การพัฒนาคุณภาพที่ไม่เคร่งเครียด ไม่จำกัดด้วยรูปแบบ แต่เปิดโอกาสให้ทุกคนได้ทดลองแนวคิดและวิธีการใหม่ๆ ในการทำงาน มุ่งเน้นสู่คุณภาพที่ยั่งยืนในงานประจำ

นี่คือจุดเริ่มอีกด้านหนึ่งของการก้าวเดินไปสู่การร่วมกันสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ หรือ humanized healthcare

ใช้กฎที่เรียบง่าย เพื่อการดูแลทั้ง “คน” และ “ไข้”⁴²

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

“ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตนเป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง
ลาภ ทรัพย์ และเกียรติยศ จะตกแก่ท่านเอง ถ้าท่านทรงธรรมแห่งอาชีพไว้ให้บริสุทธิ์”

“ความสำเร็จของการศึกษาที่แท้จริง ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้มาก
แต่ขึ้นอยู่กับการนำเอาความรู้นั้นมาประยุกต์ใช้ ให้เกิดประโยชน์แก่สังคมได้มากเพียงไร”

“ฉันไม่ต้องการให้พวกเขาเป็นเพียงหมอต๋านนั้น แต่ฉันต้องการให้พวกเขาที่มีความเป็นมนุษย์
ด้วย”

พระราชดำรัสของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก องค์พระ
ราชบิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันของไทย และองค์พระราชบิดาแห่งการสาธารณสุขไทย เป็น
สิ่งที่พวกเราทุกคนในวงการแพทย์และสาธารณสุขน้อมรับมาปฏิบัติ เป็นทั้งสิ่งที่หล่อหลอมให้
เกิดความดีงามอยู่ในระบบบริการสุขภาพและเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวให้พวกเราที่มีกำลังใจทำงานแม้ใน
ภาวะที่มีแรงบีบคั้นรอบด้าน

เนื่องในวันมหิดลที่กำลังจะมาถึงในปีนี้ สมควรที่พวกเราจะได้ทบทวนตัวเอง เพื่อหา
โอกาสเข้าใกล้สิ่งที่องค์พระราชบิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันของไทย ได้ทรงชี้แนะไว้ให้มาก
ยิ่งขึ้น

การปฏิบัติที่ยั่งยืนจะเกิดได้ ควรมีลักษณะของความเรียบง่าย

ความเรียบง่ายเกิดจากการใช้กฎง่าย ๆ (simple rule) ไม่กี่ข้อ ซึ่งบางครั้งง่ายจนคนส่วนใหญ่
หลงลืมไป

จากการเยี่ยมโรงพยาบาลต่างๆ พบว่าหากพวกเราใช้กฎที่เรียบง่ายต่อไปนี้จะทำให้เรา
สามารถดูแลทั้ง “คน” และ “ไข้” ได้ดีขึ้น

กฎข้อที่หนึ่ง ดูแลผู้ป่วยทุกรายดุจมิตรสหายของเรา ถามตัวเองว่า “ถ้าผู้ป่วยเป็น
คนรู้จักของเรา เป็นเพื่อนของเรา เราจะให้การดูแลในลักษณะไหน” อย่าเพิ่งด่วนปฏิเสธว่าทำ
ไม่ได้เนื่องจากภาระงานที่มากมาย เพราะนี่คือกุศโลบายที่จะปฏิรูปตัวตนขั้นพื้นฐานของเรา
ปฏิรูปอย่างค่อยเป็นค่อยไป เริ่มจากจุดที่เป็นไปได้ทีละน้อย ถ้าไม่สามารถทำกับทุกรายได้ ก็
ขอให้ทำกับผู้ป่วยที่มีความต้องการสูงก่อน เช่น ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน มีอาการไม่คงที่ มีความ
ต้องการการดูแลที่เร่งด่วน มีปัญหาหลายมิติร่วมกัน

⁴² ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 7 ฉบับที่ 165 (1-15 กันยายน 2549)

กฎข้อที่สอง เน้นการปฏิบัติที่ข้างเตียงผู้ป่วย ปฏิบัติด้วยการสังเกต รับรู้ ตั้งข้อสงสัย ใต้ถาม ตามเพื่อนมาช่วย วิเคราะห์ ประมวล ศึกษาค้นคว้า ตอบสนอง ติดตามผล และอื่นๆ ที่เห็นโอกาส นี่คือห้องปฏิบัติการเพื่อการเรียนรู้ที่ยิ่งใหญ่ของพวกเรา มีความรู้ที่เป็นขุมทรัพย์มากมายมหาศาลรออยู่ที่นี้ อยู่ที่ที่เราจะเปิดตามองเห็นและเอื้อมไปรับเอาขุมทรัพย์เหล่านี้มาหรือไม่ หรือว่าจะเพิกเฉย ใช้วิธีคิดและความเคยชินเดิมๆ อยู่ต่อไป

ลองพิจารณาตัวอย่างต่อไปนี้ว่าจะสามารถประยุกต์แนวคิดดังกล่าวได้เพียงใด

กรณีที่หนึ่ง ผู้ป่วยเพิ่งได้รับการตรวจพบว่าเป็นเบาหวาน กินยาได้ไม่กี่วันก็มีอาการผื่นขึ้นตามตัวในลักษณะ urticaria เริ่มจากที่มือและลามไปทั่วตัว บางช่วงเวลามีอาการแน่นหน้าอกร่วมด้วย พยาบาลผู้ให้การดูแลพยายามปลอบใจญาติว่าไม่มีอะไรน่าเป็นห่วง ขณะที่ญาติมีความกังวลว่าหากเกิดอะไรขึ้นในช่วงกลางคืนจะสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันหรือไม่ ญาติที่มีความรู้ไปเปิด internet เพื่อศึกษาว่ายาตัวนี้จะก่อให้เกิดการแพ้อะไรได้บ้าง มีโอกาสบอยเพียงใด มีความรุนแรงเพียงใด

ถ้าเราใช้กฎง่ายๆ สองข้อข้างต้นมาใช้กับกรณีนี้ เราจะทำอะไรเพิ่มจากที่เคยปฏิบัติกันอยู่ ทีมงานจะใช้โอกาสนี้เรียนรู้ข้อมูลวิชาการเพิ่มเติมในเรื่องอะไรบ้างเพื่อประโยชน์ในการดูแลการให้ความรู้และผู้ป่วย และเพื่อเป็นพัฒนาให้เป็นที่ทำงานที่ smart ยิ่งขึ้น

กรณีที่สอง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง อาการคงที่แล้ว แต่ยังคงต้องใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ตลอดเวลา ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ และไม่ทราบว่าจะหย่าได้หรือไม่ อีกนานเท่าไร แผนการดูแลเท่าที่มีอยู่คือเตรียมส่งต่อไปที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ในขณะที่เดินเข้าไปที่เตียง จะสังเกตว่าผู้ป่วยมองตามทีมที่กำลังเดินเข้าไปอยู่ตลอดเวลา แต่ไม่มีปฏิกิริยาใดๆ

ถ้าเราใช้กฎง่ายๆ สองข้อข้างต้น อาจเกิดในสิ่งต่อไปนี้

- เรียนรู้จากญาติผู้ป่วยว่ามีการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างไร พัฒนาการในเรื่องการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นอย่างไร ความนิยมชมชอบของผู้ป่วยเป็นอย่างไร เพื่อนำมาใช้ออกแบบกิจกรรมกระตุ้นพัฒนาการหรือฟื้นฟูสภาพทางสมองของผู้ป่วย
- ทีมงานร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่ทำหายสำหรับผู้ป่วยรายนี้ ที่จะใช้ความรู้ความสามารถจากทุกสาขาวิชาชีพ (กายภาพบำบัด โภชนาการ พยาบาล การแพทย์ ฯลฯ) เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายจนผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ และร่วมกันปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้น

กรณีที่สาม ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุรถบรรทุกทับขาทั้งสองข้าง แพทย์พยายามรักษาขาทั้งสองข้างไว้ แต่ไม่สามารถรักษาไว้ได้ ท้ายที่สุดต้องตัดขาทั้งสองข้างที่ระดับข้อตะโพก ทีมงานเล่าว่าหลังผ่าตัดแล้วผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดลดลงกว่าเดิม ผู้ป่วยนอนคว่ำหน้าอยู่ เมื่อเข้าไปทักทาย เห็นได้ชัดถึงสีหน้าที่แสดงความเครียด ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล เมื่อถามว่าสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคืออะไร คำตอบคืออยากกลับไปอยู่กับญาติที่ภูมิลำเนาของผู้ป่วย

ถ้าเราใช้กฎง่ายๆ สองข้อข้างต้น อาจเกิดความคิดและความพยายามต่อไปนี้ขึ้น

- ใช้หลักมิตรภาพและความสนุกสนานในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ สร้างสิ่งแวดล้อมที่ดึงผู้ป่วยออกมาจากสภาพแวดล้อมที่ไม่น่ารื่นรมย์สำหรับผู้ป่วย
- ใช้หลักการสร้างเสริมสุขภาพ คือแม้เป็นโรคก็มีสุขภาพดีได้ โดยอาศัยส่วนที่ยังเป็นปกติมาเยียวยา
- ใช้หลักอาสาสมัครและการมีส่วนร่วม จัดกิจกรรมที่ญาติผู้ป่วยเตียงอื่นสามารถมีส่วนร่วมในการบำบัดให้แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเห็นโลกที่ยังรื่นรมย์ด้วยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนรอบข้าง

ด้วยความร่วมมือร่วมใจของทุกคน นำพระราชดำริขององค์พระราชบิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันของไทยมาสู่การปฏิบัติ บนพื้นฐานของกฎที่เรียบง่าย จะนำมาซึ่งระบบบริการทางการแพทย์ที่พึงประสงค์ เป็นที่ไว้วางใจของสังคม และความสุขความมั่นใจของผู้ประกอบวิชาชีพในที่สุด

พลังของความเป็นมนุษย์⁴³

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ด้วยความตื่นตัวในการหาทางออกต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน อาจารย์ประเวศ วัชระ ได้เสนอว่าถึงเวลาแล้วที่เราจะปฏิรูประบบการดูแลผู้ป่วยจาก modernized health care มาสู่ humanized health care ซึ่งมีได้หมายความว่าเราจะละทิ้งความทันสมัย แต่จะทำให้เราสามารถใช้เวลาทันสมัยนั้นให้เกิดประโยชน์ในการดูแลมากยิ่งขึ้น หากกระทำความคู่ไปกับแนวคิดของการดูแลที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์

ท่านได้กล่าวไว้ในการประชุมเพื่อขับเคลื่อนเรื่องนี้ที่ศิริราชเมื่อวันที่ 22 สิงหาคม 2549 ว่า “ไม่ได้แปลว่าเราจะเลิกทันสมัย แต่ยกระดับเรื่องความเป็นมนุษย์ขึ้น แล้วความทันสมัยจะดีขึ้น การมีหัวใจไม่ได้แปลว่าความทันสมัยจะลดลง แต่นำความทันสมัยมารับใช้มนุษย์มากขึ้น”

ประเทศไทยมีได้ขับเคลื่อนเรื่องนี้อย่างโดดเด่นยว ขณะนี้ทาง WHO Western Pacific Regional Office ร่วมกับ Southeast Asia Regional Office (ซึ่งมีประเทศสมาชิกใน 2 ภูมิภาคนี้รวมกันมากกว่า 40 ประเทศ) ได้ประมวลข้อเสนอต่างๆ ที่มีมาอย่างต่อเนื่องในเรื่องระบบบริการสุขภาพ และนำเสนอรูปแบบใหญ่ของการพัฒนาออกมาเป็น People at the Centre of Care Initiative

“การดูแลที่เห็นคนเป็นศูนย์กลาง” (People at the Centre of Care) กับ “การดูแลที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์” (Humanized Health Care) คือเรื่องเดียวกันนั่นเอง

อาจารย์ประเวศได้เน้นย้ำถึงธรรมชาติของมนุษย์ ที่ลึกๆ แล้วมีเมล็ดพันธุ์แห่งความดีหรือจิตประภัสสรที่มีอยู่แล้วในตัวของคน ขอให้ระลึกถึง รดน้ำพรวนดิน เมล็ดพันธุ์แห่งความดีก็จะเติบโต หากมีการค้นหาและบันทึกเรื่องราวของการทำความดีต่างๆ มาเผยแพร่กัน จะทำให้ผู้ที่ได้ยินมีอาการจิตดีขึ้น อยากจะทำความดี ท่านได้เสนอยุทธศาสตร์ RCA คือ Research-Communication-Networking

Research คือการแสวงหาคนที่ทำดี องค์กรที่ทำดี ทำ mapping ของการทำความดีเหล่านี้

Communication คือการสื่อสารให้รับรู้ทั่วกัน

Networking คือการขยายตัวในการทำความดีออกไปเรื่อยๆ จนเต็มแผ่นดิน

อาจารย์ประเวศได้กล่าวถึงความหมายที่ลึกซึ้งของ humanized health care ว่าคือ “ศักยภาพของการเข้าถึงความจริง ความดี ความงาม” ซึ่งแม้แต่เทวดาก็ยังเข้าถึงตรงนี้ได้ไม่ได้ มีแต่มนุษย์เท่านั้นที่มีศักยภาพนี้เป็นการเฉพาะ

⁴³ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 7 ฉบับที่ 166 (15-30 กันยายน 2549)

“เมื่อเข้าถึงความจริง จะเกิดอิสรภาพ เกิดความสุขอันล้นเหลือ ความรักอันไพศาลต่อเพื่อนมนุษย์ จะปลดปล่อยเราออกจากความบีบคั้น จากความไม่จริง ความจริงนั้นยิ่งใหญ่ ใหญ่ที่สุด ใหญ่กว่าจักรวาล เมื่อยึดเอาตัวตนจะแคบ

เมื่อเข้าถึงความจริง จะเข้าสู่อิสรภาพอันใหญ่โตที่สุด จึงหลุดจากความบีบคั้น มีความสุขที่สุด

ทุกอย่างจะเป็นความงามไปหมด มนุษย์ สัตว์ น้ำ อากาศ ไบโม่ ไบโหย่ว เป็นความงามมาหล่อเลี้ยงหัวใจ

ความจริง ความดี ความงาม ผืนนี้เป็นเรื่องเดียวกันหมด ตรงนี้คือสุขภาวะที่แท้จริง หัวใจของความเป็นมนุษย์คือตัวสุขภาพนั่นเอง

เมื่อตรงนี้เป็นศักยภาพ เราจะไปทึ่งทำไม ศึกษาที่จะเข้าถึงความเป็นมนุษย์ เป็น *supreme health* เป็นอภิสุขภาวะ ที่ทุกคนเข้าถึงได้

ฟังดูเหมือนยาก แต่ถ้าหันดูตัวเอง ท่านเคยเจอภาวะที่ไม่เห็นแก่ตัว เรามีความสุข ความสงบ วันไหนที่เราไม่เห็นแก่ตัว จะเกิดความสุข ความเบิกบาน เคยเจอกันทุกคน ลองไปทบทวนดูดีๆ ตรงนี้เป็นศักยภาพของทุกคนที่จะเข้าถึงหัวใจของความเป็นมนุษย์ จะเข้าถึง *supreme health*

เราสามารถส่งเสริมให้มนุษย์ทุกคนเข้าถึงตรงนี้ได้”

หากบุคลากรสาธารณสุขสามารถเข้าถึงความเป็นมนุษย์ได้ นอกจากตัวเองจะมีความสุขแล้ว จะช่วยให้เพื่อนมนุษย์มีความสุขได้ด้วย ด้วยพลังของความเป็นมนุษย์จะช่วยบำบัดโรคเครียดซึ่งเป็นโรคและสาเหตุของโรคที่พบบ่อยที่สุดในโลก คนไข้และญาติจะมีความสุขด้วยสัมผัสได้จากสายตาและคำพูดของเจ้าหน้าที่ ไม่ว่าเจ้าหน้าที่จะมีงานยุ่งเพียงใด โรคภัยไข้เจ็บต่างๆ จะหายง่ายขึ้น และจะนำมาสู่นวัตกรรมต่างๆ ด้วยความที่เจ้าหน้าที่มีน้ำใจต่อผู้ป่วย

พลังขับเคลื่อนต่างๆ มีรหัสฝังลึกอยู่เปรียบเสมือน DNA ของเซลล์

รหัสเก่าในการพัฒนานำไปสู่ความรู้ อำนาจ เงิน (KPM) ซึ่งก่อให้เกิดปัญหามากมาย

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเอาความดีนำ พระราชดำรัสของพระองค์ในช่วง 60 ปีส่วนใหญ่เป็นเรื่องความดีและการอยู่ร่วมกัน

อาจารย์ประเวศเสนอว่า รหัสใหม่ที่ควรจะเป็นคือ ความดี การอยู่ร่วมกัน และความรู้ (GCK) ความรู้ในที่นี้เป็นความรู้ในตัวคน ที่ได้มาจากประสบการณ์ชีวิตและการทำงาน เกิดจากการสัมผัสความจริง ความทุกข์ยาก ซึ่งจะนำไปสู่ปัญญา มิใช่ความรู้ที่นำไปสู่การเอาตัวรอดเอาเปรียบ

ท่านได้สรุปว่า “เรื่องความเป็นมนุษย์เป็นพลังแรงที่สุด ไม่มีพลังอะไรแล้วที่จะสู้กับพลังทางลบที่กำลังเกิดขึ้นในสังคมไทย นอกจากพลังของความเป็นมนุษย์”

คน เงิน จริยธรรม⁴⁴

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

เห็นหัวข้อนี้ บางท่านอาจจะแปลความหมายไปในเชิงของข้อกังวลเรื่องการแพทย์พาณิชย์ แต่คำเต็มที่ตั้งใจกล่าวถึงคือเรื่องของ “ระบบการจ่ายเงินและหลักจริยธรรมที่มีผลต่อการดูแลที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง”

WPRO หรือสำนักงานองค์การอนามัยโลกภาคพื้นแปซิฟิกตะวันตกซึ่งตั้งอยู่ที่มนิลา ประเทศฟิลิปปินส์ ได้ประมวลคำประกาศและข้อเสนอแนะต่างๆ ขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ Universal Declaration of Human Rights (1948), Alma Ata Declaration (1978), Cairo Declaration (1994), Beijing Declaration & Yanuca ‘Healthy Island’ Declaration (1995), Declaration for health development in the South East Asian Region in the 21st century (1997), Copenhagen Declaration on Social Development (1999), United National Millennium Declaration (2000) นำมาสู่อธิปไตยว่า core values ที่เป็นพื้นฐานของคำประกาศเหล่านั้น ได้แก่ empowerment, participation, the central role of the family and community in any process of development, and an end to gender and all other forms of discrimination.

ด้วยสภาพปัญหาในระบบบริการสุขภาพ และความสำเร็จของการทดลองรูปแบบต่างๆ ในระบบบริการสุขภาพซึ่งนำมาสู่แนวคิดที่เปลี่ยนไปจากเดิม ทาง WPRO จึงได้เสนอแนะใหญ่ของการปรับเปลี่ยนหรือ re-orientate ระบบบริการสุขภาพ ในชื่อว่า People at the Centre of Care Initiative (PCI) หรือ “การดูแลที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง”

คนในที่นี้หมายความรวมถึงผู้เจ็บป่วย ผู้ไม่ป่วย ครอบครัว ชุมชน และผู้ให้บริการ ลักษณะของการดูแลที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางสามารถขยายความได้มากมาย แต่สรุปรวมง่ายๆ ก็หนีไม่พ้นการดูแลที่เป็นองค์รวม คุณภาพ ความปลอดภัย จริยธรรม การเสริมพลัง การมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้บริโภค

เมื่อต้นเดือนกรกฎาคม 2549 ที่ผ่านมามีการประชุม PCI reference group ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนของประเทศและองค์กรต่างๆ จาก 2 ภูมิภาค คือ WPRO และ SEARO ช่วยกันปรับแต่ง policy framework ที่ผู้เชี่ยวชาญได้จัดทำขึ้น และนำมาปรึกษาเพิ่มเติมในประเทศสมาชิก 2 ประเทศแรกคือไทยและมาเลเซีย

ในช่วงปลายเดือนสิงหาคม มีการจัดประชุมที่เรียกว่า In-country Consultation Workshop ในประเทศไทย ในที่ประชุมได้มีการพิจารณา domain ต่างๆ ทั้ง 4 domain ใน policy framework อันได้แก่

1. บุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่ได้รับข้อมูลและการเสริมพลัง

⁴⁴ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 7 ฉบับที่ 167 (1-15 ตุลาคม 2549)

2. health practitioners ที่มีความรู้ความสามารถ และมีความรับผิดชอบ
3. สถานบริการสุขภาพที่ทำงานอย่าง more effective
4. ระบบและแรงจูงใจที่สนับสนุน

ในที่ประชุมได้มีการพูดคุยกันอย่างหลากหลาย และพบว่าประเทศไทยได้มีความเคลื่อนไหวในทิศทางดังกล่าวอยู่แล้วค่อนข้างมาก ทำให้ได้เห็นภาพรวมและเป้าหมายร่วมที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

ในการประชุมวันนั้น มีหลายเรื่องที่ต้องนำมาขบคิดกันต่อ จะขอยกตัวอย่างสักเรื่องหนึ่ง

มุมมองจากผู้บริโภค ผู้แทนของผู้บริโภคให้ข้อมูลว่าขณะนี้การตรวจสอบว่าใครเป็นผู้จ่ายเงินเป็นสิ่งที่โรงพยาบาลจะกระทำเป็นเบื้องต้น ทำให้เกิดความกังวลว่าการรักษาพยาบาลจะไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้และความจำเป็นทางการแพทย์ ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมาย People at the Centre of Care เรื่องการจ่ายเงินน่าจะเป็นเบื้องหลังที่ไปเรียกเก็บกัน

มุมมองจากผู้บริหารโรงพยาบาล ท่านผู้อำนวยการ รพศ.พระปกเกล้า จันทบุรี เล่าถึงแนวคิดการบริหารงานว่า ถ้าโรงพยาบาลในจังหวัดมีปัญหากัน ผู้ที่ปวดหัวคือนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดและผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัด แต่ถ้าโรงพยาบาลจังหวัดมีปัญหาฝ่ายเดียว ผู้ที่ปวดหัวคือปลัดกระทรวงสาธารณสุขและผู้ตรวจราชการกระทรวง ท่านจึงมีนโยบายสมานฉันท์ภายในจังหวัด โรงพยาบาลจังหวัดเอื้ออาทรต่อโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด เสมือนระบบที่ท่านเคยมีประสบการณ์อยู่ที่จังหวัดน่าน ไม่ต้องมาทะเลาะกันเรื่องเงิน ไม่นำแรงกดดันจากภายนอกมาสร้างความสั่นคลอนภายในพื้นที่ ซึ่งในพื้นที่ส่วนใหญ่มีได้เป็นเช่นนี้

มุมมองเชิงระบบ ในระบบการซื้อขายบริการ หากกลไกหรือกฎเกณฑ์ในการซื้อบริการไม่ดี มีการลงรายละเอียดมากเกินไป จะเป็นผลลบมากกว่าผลบวก ปิดกั้นนวัตกรรมหรือความคิดใหม่ๆ ผู้ให้บริการจะสนใจเรื่องเงินที่จ่ายกับจำนวนเงินที่ได้รับมากกว่าที่จะสนใจผู้ป่วย

แท้จริงแล้วเรื่องสิทธิคุ้มครองเป็นเรื่องสมมติ แต่เราเอาจริงเอาจังกับเรื่องสมมติมากเกินไปจนไม่คิดถึงหัวใจของความเป็นมนุษย์ แม้จะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว แต่ก็ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งที่ต้องควักกระเป๋าจ่ายเงินจำนวนมาก เงินที่จำกัดไม่เพียงพอที่จะให้การคุ้มครองได้ทั้งหมด จะเลือกจ่ายตรงไหน

เมื่อมีเงินจำกัด คำถามที่จะตามมาในอนาคตก็คือ จะทุ่มเทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยหนักใน ICU ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง การระคับระคองเพื่อยืดชีวิต ฯลฯ มากน้อยเพียงใด ประเด็นทางจริยธรรมก็จะมีสำคัญมากยิ่งขึ้น การตัดสินใจกับเรื่องที่มีความอ่อนไหวต่อความรู้สึกและมีเรื่องของความไม่แน่นอนสูงจะมีแนวทางอย่างไร ดูเหมือนจะไม่มีคำตอบที่ชัดเจนในเรื่องนี้ แต่ภาระทั้งหมดกำลังถูกผลักให้กับผู้ให้บริการในการตัดสินใจ

เป็นความท้าทายอย่างยิ่ง สำหรับเป้าหมายการดูแลที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง

Picker's Organization Award 2006: Patient-Centered Care ⁴⁵

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

เมื่อสามสิบปีที่แล้ว ผมรู้จัก Picker ในฐานะยี่ห้อของเครื่องเอกซเรย์รุ่นโบราณซึ่งเรียบง่าย บิ๊กบีน และเริ่มจะไม่เป็นที่นิยมเท่ากับเครื่องเอกซเรย์ของญี่ปุ่นแล้ว

เมื่อปีที่แล้ว ผมได้รู้จัก Picker Institute ในฐานะองค์กรที่ให้ความร่วมมือกับ ISQua (International Society for Quality in Health Care) จัดมอบรางวัลประจำปีให้แก่บุคคลและองค์กรที่มีผลงานโดดเด่นในด้านการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพหรือการจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

ผมรู้สึกประทับใจมากขึ้นเมื่อทราบว่า James Picker ผู้ก่อตั้ง James Picker Foundation ซึ่งให้การสนับสนุน Picker Institute ในการทำหน้าที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพขององค์กรบริการสุขภาพต่างๆ นั้นเป็นบุคคลคนเดียว และยังคงมาร่วมกล่าวคำปราศรัยกับที่ประชุมในโอกาสให้รางวัลนี้ทุกปี

ในปี 2549 นี้ ISQua จัดประชุมประจำปีที่ลอนดอน ประเทศอังกฤษ และ Picker Institute ได้มอบรางวัล 3 รางวัล คือ

1. Special Award ให้แก่ Karen Davis, President of the Commonwealth Fund ในซึ่งเป็นผู้สนับสนุนวิสัยทัศน์ของการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางด้วยการให้ทุนแก่แผนงานต่างๆ โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับการดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส
2. Individual Award ให้แก่ Professor Sir Liam Donalson, Chief Medical Officer of England's Department of Health ซึ่งประสบความสำเร็จในการส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวในเรื่องความปลอดภัยและการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จนเป็นค่านิยมหลักของ HNS นอกจากนี้ยังเป็นผู้ขับเคลื่อน World Alliance for Patient Safety ภายใต้อำนวยการของอนามัยโลกอีกด้วย
3. Organization Award ให้แก่ Planetree ซึ่งเป็นองค์กรที่ไม่คำกำไรซึ่งทำงานร่วมกับโรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ เป็นตัวเร่งให้มีการนำแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางไปสู่การปฏิบัติ เป็นผู้ advocate ให้มีการนำ healing & humanistic approach มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ในปีที่ผ่านมา มีความเคลื่อนไหวในเรื่องการดูแลที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์กันมาอย่างต่อเนื่อง และในอีกไม่กี่เดือนข้างหน้าก็จะมีการจัดประชุม HA National Forum ครั้งที่ 8 ภายใต้อาณาเขต "Humanized Healthcare.. คืบหน้าหัวใจให้ระบบสุขภาพ" เมื่อได้รับฟังคำบอกเล่า

⁴⁵ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 7 ฉบับที่ 171 (1-15 ธันวาคม 2549)

ของ Randall Carter ซึ่งเป็นผู้แทนของ Planetree จึงอดมิได้ที่จะนำมาถ่ายทอดเพื่อเป็นการ
ออกแขกสำหรับการประชุม HA National Forum ในวันที่ 13 -16 มีนาคมที่จะถึงนี้

Randall เริ่มต้นเล่าให้ฟังว่า Planetree คือชื่อต้น Syeamore ซึ่ง Hippocrates บิดาแห่ง
การแพทย์ของโลกได้อาศัยสถานที่ไต้ต้นไม้นี้เป็นที่สอนนักศึกษาแพทย์ Planetree ก่อตั้งขึ้น
เมื่อปี 1978 โดยมุ่งเน้นที่จะสร้าง healing environment ในการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

Planetree ทำงานร่วมกับโรงพยาบาลที่หลากหลายจำนวน 122 แห่ง จึงได้มีโอกาส
เรียนรู้เกี่ยวกับมุมมองต่างๆ ค่อนข้างมาก

เขากล่าวต่อไปว่าเมื่อพูดถึงการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนั้น มุมมองของผู้ป่วย
แตกต่างจากมุมมองของผู้เชี่ยวชาญสิ้นเชิง คือผู้ป่วยมิได้คิดถึงผลลัพธ์ แต่จะคิดถึง human
experience ของตนเอง ประสบการณ์จากการเข้าถึงและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ

จากการทำสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยจำนวนมาก พบว่าความต้องการยังคงคล้ายคลึงกัน
ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา เช่น ความเป็นส่วนตัว การติดต่อกับญาติและเพื่อนเมื่อต้องการ การ
ดูแลด้วยหัวใจและมีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ฯลฯ

ทีมงานของ Planetree ได้ให้ความหมายของการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางว่า
เท่ากับ PHD คือ Personalized (เฉพาะตัว), Humanized (ด้วยหัวใจ), & Demystified
(ปราศจากข้อกังขา)

องค์ประกอบของการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของ Planetree มีดังนี้

- 1) มนุษย์สัมพันธ์ นอกจากการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจแล้ว ยังหมายถึงการดูแลผู้ให้
บริการด้วยตนเองให้สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมได้ดีขึ้น และการเปิด
โอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง
- 2) การออกแบบสถานที่และสิ่งแวดล้อมซึ่งเอื้อต่อ health & healing คำนี้ถึงศักดิ์ศรี
ของบุคคล จัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่เหมือนบ้าน รวมทั้ง healing
environment สำหรับผู้ให้บริการด้วย
- 3) อาหารและโภชนาการ นอกจากโภชนบำบัด โภชนศึกษา แล้วยังพยายามจัดให้
ใกล้เคียงกับการอยู่บ้านให้มากที่สุด
- 4) การเสริมพลังผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลและความรู้ การจัดให้มีข้อมูลที่เหมาะสม
สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยอ่านและเขียนบันทึกในเวชระเบียน
ของตนได้ การให้ผู้ป่วยรับผิดชอบในการเก็บยาไว้กับตัวและกินยาด้วยตนเองตาม
ความเหมาะสม
- 5) ความสำคัญของการเกื้อหนุนจากครอบครัว เพื่อน และสังคม
- 6) ความสำคัญของการใช้พลังในตัวของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมผู้ดูแลมาสร้าง
healing environment หรืออีกนัยหนึ่งคือมิติด้านจิตวิญญาณ
- 7) การใช้สัมผัสในการบำบัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนวด มีการสอนให้ญาติมีส่วนร่วม
ในการนวดให้แก่ผู้ป่วย

- 8) การใช้ศิลปะหรืออาหารใจเพื่อการบำบัดรักษา เช่น ดนตรี การเล่าเรื่อง ตัวตลก ภาพยนตร์เบาสมอง การให้ผู้ป่วยมีโอกาทำงานศิลปะ
- 9) การบำบัดรักษาต่างๆ ที่นำมาใช้ร่วมกัน เช่น โยคะ, aromatherapy, pet therapy
- 10) การสร้างชุมชนเข้มแข็งที่เอื้อต่อสุขภาพ

จะเห็นว่าหลายเรื่องเป็นสิ่งที่โรงพยาบาลในประเทศไทยกำลังดำเนินการอยู่ บางเรื่องเป็นเรื่องง่ายๆ ที่เราคิดไม่ถึงในการนำมาใช้ แต่ก็ยังมีแนวคิดที่ก้าวหน้าอีกหลายอย่างที่อาจจะต้องใช้เวลาอีกนานสำหรับประเทศไทย

เป็นความท้าทายอย่างยิ่งในการปรับเปลี่ยนวิถีคิดและวัฒนธรรมของเราว่าจะขับเคลื่อนไปในทิศทางนี้อย่างไรจึงจะเหมาะสม

Humanized Healthcare Model ⁴⁶

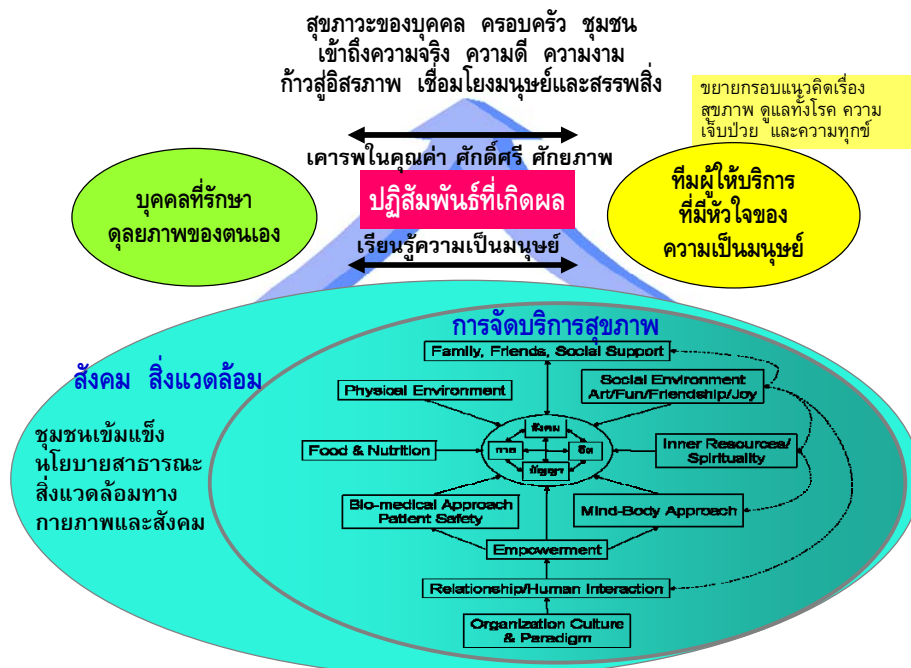
นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

แนวคิดการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์เป็นแนวคิดที่ทั้งกว้างและทั้งลึก กว้างในเชิงของความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับองค์ประกอบต่างๆ ลึกในเชิงของความลึกซึ้งในแนวคิด

จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจแง่มุมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้ได้ครอบคลุมมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

แบบจำลองที่นำเสนอนี้เป็นเพียงจุดเริ่มต้นของความพยายามที่จะประมวลแนวคิดที่เกี่ยวข้องมาแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ที่เป็นไปได้และควรจะเกิดขึ้น เพื่อจุดประกายให้เกิดการนำไปปฏิบัติและนำประสบการณ์ต่างๆ มาปรับปรุงแบบจำลองนี้ให้สมบูรณ์ขึ้น

โครงของแบบจำลองนี้อาศัย Chronic Care Model ของ Wagner ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของ productive interaction ระหว่าง informed activated patient กับ prepared proactive practice team โดยมีการจัดระบบบริการของสถานพยาบาล การใช้ทรัพยากรในชุมชนและการมีนโยบายที่เหมาะสมเป็นสิ่งสนับสนุน ทำให้ได้รับ functional & clinical outcome ที่ดี



Humanized Healthcare Model

⁴⁶ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 8 ฉบับที่ 177 (1-15 มีนาคม 2550) และฉบับที่ 178 (16-30 มีนาคม 2550)

องค์ประกอบภายใน Humanized Healthcare Model

เริ่มที่ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดผล (productive interaction) ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ซึ่งควรจะมีลักษณะสำคัญที่ ศ.นพ.ประเวศ วะสี และ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ เสนอไว้คือ 1) เคารพในคุณค่า ศักดิ์ศรี และศักยภาพของผู้ป่วยซึ่งมีความเป็นเพื่อนมนุษย์เท่าเทียมกันทุกคน 2) เรียนรู้ความเป็นมนุษย์จากชีวิตที่สัมผัสชีวิต เรียนรู้จากความทุกข์ยากซึ่งเป็นเครื่องสร้างความเป็นมนุษย์ให้แสดงออก

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง จากการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์คือสุขภาวะของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม สุขภาวะในที่นี้ครอบคลุมมิติทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญาหรือจิตวิญญาณ เป็นสุขภาพแบบองค์รวม

นอกจากนี้ยังทำให้ทั้งสองฝ่าย คือผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ได้เข้าถึงศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์ คือการเข้าถึงความจริง ความดี ความงาม ทำให้ก้าวพ้นจากความบีบคั้นคับข้องไปสู่อิสรภาพที่เชื่อมโยงมนุษยชาติและสรรพสิ่งให้เป็นหนึ่งเดียว

ในส่วนของทีมผู้ให้บริการ ควรเป็นทีมที่สมาชิกมีหัวใจของความเป็นมนุษย์ มีอุดมคติของชีวิต เห็นคุณค่าของงานว่าเป็นการขัดเกลาชีวิตให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ถือว่าจิตวิญญาณ ความเป็นมนุษย์ สุนทรียภาพ และสุขภาพ เป็นสิ่งหนึ่งอันเดียวกัน ขยายแนวคิดเรื่องการดูแลสุขภาพว่ามีสาเหตุเพียงโรคเท่านั้น แต่ครอบคลุมไปถึงความเจ็บป่วยและความทุกข์ของผู้ป่วยด้วย เริ่มด้วยการใช้แนวคิดง่ายๆ ของการรักผู้ป่วยในฐานะเพื่อนมนุษย์ ควบคู่ไปกับการสร้างศรัทธาและความไว้วางใจ และการใช้กฎที่เรียบง่าย

ในส่วนของผู้รับบริการและบุคคลทั่วไป ควรเป็นผู้ที่รักษาคุณภาพของตนเอง ด้วยแนวคิดที่ สุขภาพคือคุณภาพ คุณภาพเกิดจากความเชื่อมโยงระหว่างองค์ประกอบทั้งหมด สมดุลของสุขภาพเกิดขึ้นเมื่อกาย จิต ปัญญา และสังคม มีความสัมพันธ์ต่อกัน

ระบบบริการที่เอื้อต่อการดูแลที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้

1) โครงสร้างองค์กรที่เอื้อต่อการเรียนรู้มิติของความเป็นมนุษย์ โครงสร้างในที่นี้มิได้หมายความว่าถึงโครงสร้างที่เป็นการจัดหน่วยงานหรือสายการบังคับบัญชาเท่านั้น แต่หมายความว่ารวมถึง การจัดการ การจัดสิ่งแวดล้อม และการจัดระบบงานให้มีกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสม เช่น การลดความเป็นช่วงชั้นและลำดับชั้นการสั่งการ การส่งเสริมความสัมพันธ์แนวระนาบ การสร้างวัฒนธรรมการร่วมคิดร่วมทำแทนการสั่ง การส่งเสริมความเป็นชุมชนในองค์กร การสนับสนุนงานอาสาสมัครในองค์กร การส่งเสริม non-financial incentive

2) ความสัมพันธ์ของคนในองค์กรที่เอื้อต่อการทำงานและเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งต้องอาศัยมุมมองใหม่หรือแนวคิดอันแยบคายที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เข้ามากระทบต่อความสัมพันธ์

3) สถานที่สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและการเยียวยาบำบัด (healing environment) ซึ่งครอบคลุมทั้ง ภาพ แสง เสียง กลิ่น รส สัมผัส

4) Fun, friendship, and joy of service

6) อาหารและโภชนาการ

- 7) การเสริมพลังผู้ป่วย
- 8) การเกื้อหนุนจากครอบครัว
- 9) การใช้พลังในตัวเอง

10) การบำบัดรักษาที่หลากหลาย เช่น relaxation, hypnosis, visual imagery, meditation, Yoga, biofeedback, Tai chi, Gi gong, cognitive-behavioral therapies, group support, autogenic training, spirituality ซึ่งจะมีผลต่อ brain-mind-body-behavior ของบุคคล เพิ่มศักยภาพของบุคคลในการดำรงรักษาและดูแลสุขภาพในทุกมิติ (อารมณ์ จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ พฤติกรรม)

สังคมและสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาพของสมาชิกในสังคม ซึ่งปรากฏอยู่ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ได้แก่ การมีชุมชนเข้มแข็ง การมีนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพที่เหมาะสม การมีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพ

Core Values ของการพัฒนาคุณภาพกับ Humanized Healthcare Model

Core Values เป็นหลักคิดที่ช่วยชี้นำการตัดสินใจและพฤติกรรมของเรา หากจะนำมาใช้ชี้นำในเรื่องการดูแลสุขภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ จะได้ข้อคิดดังนี้

ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน

เป็นการนำหลักคิดจากบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA มาประยุกต์ใช้

ทำงานประจำให้ดี คือใส่ใจใจของความเป็นมนุษย์เข้าไปในงานประจำของแต่ละคน รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา ใช้ Love Your Patients เป็นคาถาในการภาวนาระหว่างปฏิบัติงาน

มีอะไรให้คุยกัน การคุยที่ดีคือการฟังให้เข้าใจคนอื่น ชะลอการตัดสินใจผิดถูก นั่นคือการประยุกต์ใช้สุนทรียสนทนา (dialogue) ในชีวิตประจำวัน

ขยันทบทวน นอกเหนือจากการทบทวนปัญหาหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้วยมุมมองที่เคยใช้อยู่เดิมแล้ว ควรพิจารณาว่าจะนำแนวคิดเรื่องการดูแลที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์เข้ามาปรับใช้ในระบบงานหรือป้องกันปัญหาได้อย่างไร

เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด

เป็นการนำหลักคิดจากบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA มาประยุกต์ใช้

เป้าหมายชัด กำหนดเป้าหมายในตัวเราให้ชัดเจนว่าจะใช้การทำงานเป็นเครื่องขัดเกลาชีวิตให้สมบูรณ์ กำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยที่สุขภาวะในทุกมิติ

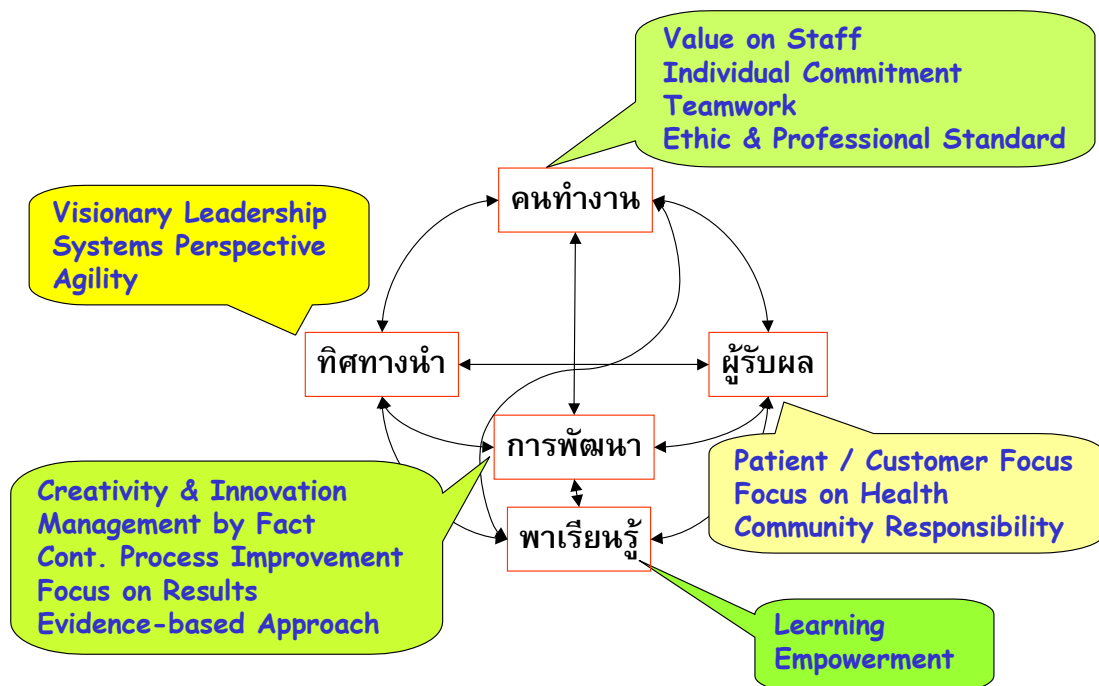
วัดผลได้ การวัดผลในสิ่งที่เป็นนามธรรมหรือจิตวิญญาณออกมาเป็นตัวเลขเป็นเรื่องยาก นอกจากนั้นการวัดอาจจะทำได้ไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนจากมุมมองที่ไม่สมบูรณ์ ในหลักคิดข้อนี้จึงควรปรับมาสู่การรับรู้ผลการเปลี่ยนแปลงว่าสิ่งที่เราทำนั้นมี

หลักฐานเพียงพอที่จะบอกว่าเรากำลังเคลื่อนเข้าไปใกล้เป้าหมายของเรามากกว่าเดิม อาจจะ
เป็นเรื่องเล่า หรือแบบแผนพฤติกรรมต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป

ให้คุณค่า ตรงนี้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติเลยก็ว่าได้ ถ้าเราใส่ใจเข้าไปในการ
ดูแลสุขภาพ จะเกิดคุณค่าอย่างใหญ่หลวงต่อผู้รับบริการของเรา

อย่ายึดติด พยายามคิดว่าวิธีการใหม่ๆ ในการที่เราจะมีสัมพันธภาพ มีการสื่อสาร และ
ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยของเราได้ดียิ่งขึ้น

Core Values ชุดใหญ่



Visionary Leadership แม้จะเป็นเรื่องยาก เป็นเรื่องที่มีความเป็นนามธรรมสูง แต่ผู้นำ
ที่มีวิสัยทัศน์ก็จะเห็นคุณค่าของการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ มองเห็นโอกาส
และสามารถชักนำให้ทีมงานเข้ามาร่วมบุกเบิกในเส้นทางนี้

Systems Perspective เป็นการมองเรื่องหัวใจของความเป็นมนุษย์อย่างเป็นองค์รวม
ไม่แยกส่วน ตรวจสอบองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน ใส่ใจกับความสัมพันธ์ของ
องค์ประกอบต่างๆ ที่ส่งผลถึงกัน

Agility มีความยืดหยุ่นและคล่องตัวที่จะปรับเปลี่ยนเพื่อตอบสนองความต้องการที่
แตกต่างกัน หรือความต้องการเปลี่ยนแปลงไป การดูแลด้วยหัวใจที่ดีจะต้องประเมินความ
ต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละรายและออกแบบหรือตอบสนองอย่างสอดคล้องกับความต้องการ
เฉพาะนั้น

Patient Focus การดูแลด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ถือเป็นที่สุดยอดของการมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

Focus on Health การทำความเข้าใจว่าสุขภาพคือคุณภาพ คุณภาพของทุกปัจจัย ขณะเดียวกันก็เข้าใจศักยภาพขององค์ประกอบที่ไม่เจ็บป่วยซึ่งสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้

Community Responsibility เรามีความรับผิดชอบที่จะช่วยสนับสนุนให้เกิดชุมชนเข้มแข็งภายใต้ศักยภาพของเรา ชุมชนที่เข้มแข็งพอที่จะดูแลสมาชิกในชุมชนให้มีสุขภาพ

Value on Staff การสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้เพื่อสร้างคุณค่าในการทำงาน มีอุดมคติในการทำงาน ทำงานด้วยความตั้งใจของความเป็นมนุษย์ ถือเป็นกาให้คุณค่าและพัฒนาบุคลากรในระดับสูงสุดที่จะเป็นไปได้

Individual Commitment การดูแลสุขภาพด้วยความตั้งใจของความเป็นมนุษย์เป็นสิ่งที่ไม่สามารถบังคับกันได้ ต้องเกิดจากความเต็มใจ ความมุ่งมั่นและการอุทิศตนของสมาชิกในองค์กร

Teamwork การเรียนรู้ที่ดีเกิดจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ บทเรียน และข้อคิด ภายในทีม ทีมจึงมีความสำคัญสำหรับการทำงานและการเรียนรู้

Ethic & Professional Standards การเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ คือมาตรฐานและจริยธรรมของการประกอบวิชาชีพ

Creativity & Innovation การเรียนรู้จากความทุกข์ยากของผู้ป่วย ควรกระตุ้นให้เราใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการสร้างนวัตกรรมเพื่อช่วยแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย รวมทั้งการมีนวัตกรรมในระบบการทำงานที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์

Management by Fact การตัดสินใจโดยพิจารณาข้อมูลและข้อเท็จจริงอย่างรอบด้าน ในที่นี้อาจจะเป็นข้อมูลและข้อเท็จจริงที่เป็นเรื่องเล่า แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่ควรจำกัดอยู่เฉพาะเท็จจริงที่เป็นตัวเลขเท่านั้น เพราะในเรื่องที่เป็นนามธรรม ข้อเท็จจริงที่เป็นตัวเลขจะไม่สามารถสะท้อนความจริงทั้งหมดได้

Continuous Process Improvement การพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง กระบวนการที่ควรเป็นกระบวนการภายในของแต่ละบุคคล อาจกล่าวได้ว่าเป็นกระบวนการทางจิต เป็นการเจริญสติหรือการภาวนาโดยอาศัยการทำงานเป็นอุปายในการพิจารณา

Focus on Results การมุ่งเน้นผลลัพธ์ในที่นี้ควรมุ่งไปสู่การบรรลุศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์

Evidence-based Approach ข้อมูลหลักฐานที่จะนำมาใช้ในเรื่องนี้อาจจะเป็นข้อมูลหลักฐานเกี่ยวกับ non-technical skill เช่น การสื่อสาร การตัดสินใจ หรือหลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิผลของ intervention ที่เกี่ยวข้องกับระบบ psycho-neuro-endocrino-immunology

Learning การเรียนรู้จะนำไปสู่การขัดเกลาตัวเรา การเรียนรู้ในที่นี้ควรมุ่งเน้นการเรียนรู้ในเรื่องที่ละเอียดอ่อน เรียนรู้ความเป็นมนุษย์จากชีวิตที่สัมผัสชีวิต

Empowerment การเสริมพลังผู้ป่วย หากทำด้วยความตั้งใจจะทำให้เรามีความละเอียดอ่อนมากยิ่งขึ้น พิจารณาความเป็นไปได้และปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นอย่างรอบด้าน และใน

เบื้องต้นการดูแลด้วยหัวใจก็เป็นส่วนที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองโดยไม่รู้ตัว

ทั้งหมดที่กล่าวมา เป็นความท้าทายสำหรับพวกเราทุกคนในระบบบริการสุขภาพ

คืนหัวใจให้ระบบสุขภาพ⁴⁷

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

การประชุม HA National forum ครั้งที่ 8 ภายใต้ theme “Humanized Healthcare... คืนหัวใจให้ระบบสุขภาพ” เมื่อวันที่ 13-16 มีนาคม 2550 ที่ศูนย์การประชุม IMPACT เมืองทองธานี ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการพัฒนา และการจัดประกายความคิดในทิศทางพัฒนาที่ควรให้ความสำคัญ ก็ได้สำเร็จลงอย่างเรียบร้อย ได้บรรลุความคาดหวังของผู้เกี่ยวข้อง ได้ทำให้ความรู้สึกลึกๆ ของผู้ทำงานในระบบสุขภาพ เกิดความมั่นใจขึ้นอีกครั้งหนึ่งว่าการทำงานด้วยอุดมการณ์ จะช่วยให้เราเข้าถึงศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์ คือความดี ความงาม และความจริง ก่อให้เกิดประโยชน์สุขทั้งต่อตัวเราเองและต่อผู้รับบริการ

เรื่องของการดูแลที่มีหัวใจ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากขึ้นทุกที ด้วยแง่มุมต่างๆ เช่น

1 เป็นความต้องการและเป็นข้อเรียกร้องของผู้รับบริการ สิ่งที่ผู้รับบริการเริ่มจะบ่นขึ้นหนาหูมากขึ้น คือท่าทีของผู้ให้บริการที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยในลักษณะที่ขาดความมีหัวใจให้แก่ผู้ป่วย

2 Mind-Body Medicine เป็นศาสตร์ที่สามารถบำบัดเยียวยาผู้ป่วยได้ไม่น้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคที่เราไม่เข้าใจลักษณะพยาธิสภาพที่ชัดเจน แต่ความมั่นใจของผู้ป่วย จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในที่ช่วยบำบัดตัวเองได้ สิ่งที่เคยเราเคยดูถูกว่ามีไสยศาสตร์ และขนานนามว่า placebo effect กลับกลายเป็นว่าสามารถอธิบายได้ด้วย neuro-endocino-immunology mechanism

3 เป็นวิธีการที่จะช่วยป้องกันความขัดแย้งและการฟ้องร้องที่จะตามมา และเป็นการป้องกันที่เป็น primary prevention ที่ได้ผลไม่เพียงเฉพาะราย แต่ส่งผลต่อองค์กรและระบบบริการสุขภาพโดยรวม

4 เป็นสิ่งที่ไม่ต้องลงทุน การยิ้ม การสื่อสารที่ดี เป็นสิ่งที่สามารถทำได้ทันที ไม่ต้องรอกบประมาณ เพียงด้วยความเข้าใจและมีจุดยืนที่ถูกต้องเท่านั้น

5 ผู้ให้บริการทุกคน ทุกระดับ สามารถเป็น caregiver ที่มีหัวใจได้ และส่งผลดีต่อการบำบัดเยียวยาผู้ป่วยได้

จากความหนักใจของผู้จัดการประชุมว่าในหัวข้อที่มีลักษณะเป็นนามธรรมเช่นนี้ จะสามารถเสาะหาเนื้อหาที่จะสร้างความเข้าใจอย่างลึกซึ้งได้อย่างไร แต่จากความร่วมมือร่วมใจของทุกฝ่าย กลับกลายเป็นว่าเนื้อหาต่างๆ ที่นำเสนอขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่มีการปฏิบัติจริงในพื้นที่ ซึ่งผู้ปฏิบัติต่างตระหนักในคุณค่าของสิ่งที่ปฏิบัติ และเป็นสิ่งที่ผู้ฟังมองเห็นภาพ เกิดความซาบซึ้งในความสำเร็จที่เกิดขึ้น

⁴⁷ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 8 ฉบับที่ 179 (1-15 เมษายน 2550)

เนื้อหาของการประชุมมีหลากหลายตั้งแต่การเสวนาในเรื่องพลังแห่งการทำงาน เพื่อยกย่องเชิดชูเกียรติของคนทำงาน วิดีทัศน์ที่สื่อให้เห็นภาพของความสุขของคนทำงานและผู้รับบริการในโรงพยาบาลที่มีทิศทางนโยบายด้านนี้อย่างชัดเจน Talk Show ที่ขุดลึกความคิดของคนดังที่มาทำงานจิตอาสาในโรงพยาบาล ปาฐกถาที่ผู้เข้าประชุมสามารถนำไปขบคิดและใช้ประโยชน์ได้อีกนาน เช่น การเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานที่จะจากการยึดมั่นในระดับที่ต่ำ ไปสู่สิ่งสูงสุดที่มนุษย์พึงเข้าถึงได้ โดย ศ.นพ.ประเวศ วะสี การใช้ทศพิธราชธรรมซึ่งมีหลากหลายมิติเป็นธรรมะในการกำกับดูแลองค์กรแทนที่จะเดินตามฝรั่งที่พูดเรื่อง good governance เมื่อไม่นานมานี้ โดย ดร.สุเมธ ตันติเวชกุล การนำเสนอเนื้อหาวิชาการและประสบการณ์การทำงานอีกไม่น้อยกว่า 90 session การสรุปประเด็น HA Update ในเรื่องการทบทวนเวชระเบียนและการประเมินตนเอง การนำเสนอผลงานด้วยโปสเตอร์ของโรงพยาบาลและหน่วยงานต่างๆ ลงท้ายด้วยการนำเสนอแนวคิดและผลงานของ Patch Adams ซึ่งใช้หลัก Fun, Friendship & Joy ในการจัดบริการสุขภาพ

“ทำงานตั้งแต่ 8.00-20.00 น. โดยคิดว่าต้องทำงานให้คุ้ม คุ้มกับวันอื่นๆ ที่ไม่ได้มา ทำแล้วมีความสุข ไม่เหนื่อย... ไม่ได้ค่าตอบแทนเป็นเงิน แต่กลับได้สิ่งตอบแทนที่มีคุณค่ามหาศาล เป็นคำอวยพรให้ตนเองปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บจากผู้ป่วย และแม้กระทั่งผู้ป่วยหนักปางตาย ก็ยังกลับมาเป็นห่วงและให้พรตนเอง...ผู้ป่วยเด็กบางคน ถ้าพีเนาวรัตน์ไม่มาก็จะไม่สระผม สระผมก็จะทำผมทรงเดียวกับพีเนาวรัตน์”

“ถ้าเอาหัวใจที่มีความเป็นมนุษย์นำก็จะเกิดความกล้าหาญ เมื่อก่อนเราใช้ความรู้นำเราจะกลัว แต่ถ้าใช้หัวใจนำเราจะไม่กลัว จะทำให้เกิดความสุข เกิดนวัตกรรม เพิ่มคุณภาพ ความปลอดภัย ผู้ป่วยก็จะหายเร็วขึ้น การฟ้องร้องทางแพทย์จะลดลงเพราะเราสัมพันธ์ด้วยใจ”

“การมีสัตว์พาหนะนำโรคในโรงพยาบาล เป็นตัวชี้วัดสำคัญของการจัดการงานสุขภาพ สิ่งแวดล้อม การพบหนูสื่อให้เห็นถึงความล้มเหลวในการจัดการขยะ การพบแมลงสาบสื่อให้เห็นว่าปัญหาเศษอาหารหลงเหลือ ระบบการกำจัดน้ำเสียไม่ดี การพบแมลงวันหัวเขียวสื่อให้เห็นว่าการจัดเก็บอาหารสด อาหารปรุง ไม่มีประสิทธิภาพ การพบยุงสื่อให้เห็นว่าการจัดการน้ำเสียไม่ดี”

“จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยในโรงพยาบาล พบว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จำนวนมากเกิดจากระบบการดูแลที่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับประวัติของผู้ป่วย ทำให้เกิดความผิดพลาดในการวินิจฉัยและการรักษา”

“มีห้อง มุมระบายทุกข์ในทุกหน่วยงาน มีสถานที่ที่เป็นสัดส่วน ป้าเย็นคิดฆ่าตัวตาย เพราะหมอมไม่สามารถผ่าตัดกระดูกหัก จากการเล่าเรื่องมุมระบายทุกข์ พบว่าป้าเย็นนับถือศาสนาคริสต์ อยากพบพระเจ้า เจ้าหน้าที่ได้นำไปไหว้พระเยซู วันรุ่งขึ้นป้าเย็นเดินได้ ทำให้เจ้าหน้าที่เกิดความศรัทธาในมุมระบายทุกข์”

ด้วยเนื้อหามากมายในช่วงเวลาสั้นๆ แม้ว่าผู้เข้าประชุมจะพยายามเก็บเกี่ยวในทุก รูปแบบ ทั้งการจด การบันทึกเสียง การถ่ายภาพ แต่อย่างไรก็ไม่สามารถจะเก็บเกี่ยวได้หมด เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เข้าประชุม และเพื่อให้ผู้ที่ไม่มีโอกาสเข้าร่วมประชุมได้รับทราบเนื้อหาที่มีประโยชน์ พรพ.จะนำสไลด์ประกอบการประชุมซึ่งวิทยากรอนุญาตขึ้นบน web-site ของ พรพ. (www.ha.or.th) ให้ท่านผู้สนใจสามารถ download ได้ เนื่องจากมีปริมาณมาก จึงจำเป็นต้องหมุนเวียนนำสไลด์ที่นำเสนอในการประชุม 1 วัน ขึ้นไว้ให้ download ได้เป็นเวลา 1 สัปดาห์ แล้วหมุนเวียนไปเรื่อยๆ นอกจากนั้นจะมีการจัดทำ DVD ของแต่ละ session, การทำ proceeding ในลักษณะของ electronic file, การรวบรวมผลงานโปสเตอร์ของโรงพยาบาล ต่างๆ ซึ่งผู้สนใจสามารถติดตามได้จาก web-site ของ พรพ.

ว่าด้วยเรื่องวิชาชีพ

แพทยสภาแห่งสหราชอาณาจักร⁴⁸

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

แพทยสภาของสหราชอาณาจักร มีชื่อเรียกเป็นภาษาอังกฤษว่า “The General Medical Council” (GMC) เป็นองค์กรอิสระที่ทำหน้าที่คุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชน ด้วยการสร้างความมั่นใจว่าจะมีการทำเวชปฏิบัติที่มีมาตรฐานอย่างเหมาะสม หรือพูดง่ายๆ ว่าทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในแพทย์ที่ให้การดูแลรักษา โดยมีกิจกรรมหลักสี่ประการคือ 1) ควบคุมการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการวิชาชีพ 2) กำหนดมาตรฐานการศึกษาสำหรับโรงเรียนแพทย์ 3) กำหนดหลักการและค่านิยมซึ่งเป็นพื้นฐานของการทำเวชปฏิบัติที่ดี 4) ดำเนินการอย่างจริงจังและเป็นธรรมเมื่อไม่มีการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ

GMC มองว่าการควบคุมนั้นเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต จะต้องมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม แม้จะได้มีการปฏิรูปมาอย่างยาวนานใหญ่แล้ว ก็ยังมีสิ่งที่จะต้องทำอีกมาก

ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้เกิดการปฏิรูปอย่างต่อเนื่องคือ Sir Liam Donaldson ซึ่งเป็น Chief Medical Officer for England และยังเป็นผู้ขับเคลื่อน World Alliance for Patient Safety ขององค์การอนามัยโลกอีกด้วย ไม่ว่าจะไปบรรยายที่ใด ท่านก็จะหยิบยกตัวอย่างกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับผลอันไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษา เพื่อมาเป็นอุทาหรณ์สำหรับการปฏิรูประบบ

เป้าหมายง่ายๆ ของ GMC คือ Good doctors, safer patients ซึ่งจะเกิดจากการสร้างความมั่นใจของสังคมและผู้ประกอบการวิชาชีพในระบบการควบคุมโดย GMC, กำหนดมาตรฐานที่ชัดเจนสำหรับผู้ที่เข้ามาประกอบวิชาชีพ (เนื่องจากมีแพทย์จากต่างประเทศเข้ามาประกอบวิชาชีพในสหราชอาณาจักรเป็นจำนวนมาก) และธำรงมาตรฐานดังกล่าวไว้ตลอดเวลาที่ยังคงประกอบวิชาชีพอยู่

เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2549 นี้ GMC ได้ตีพิมพ์เอกสาร “Good Medical Practice” ซึ่งเป็นฉบับที่มีการปรับปรุงใหม่ออกมา เนื้อหาส่วนใหญ่จะเป็นสิ่งที่ผู้ประกอบการวิชาชีพเช่นเราๆ ทราบดีอยู่แล้วว่าแพทย์ที่ดีน่าจะปฏิบัติตัวอย่างไร แต่มีประเด็นที่น่าสนใจซึ่งเป็นประเด็นร่วมสมัยในสถานการณ์ที่คุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้นทุกที ดังที่จะยกตัวอย่างต่อไปนี้

ในเรื่อง ความตระหนักต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย GMC ได้ให้แนวทางไว้ดังนี้ “ถ้าแพทย์มีเหตุผลที่เชื่อได้ว่าผู้ป่วยอาจจะไม่ได้รับการดูแลที่ปลอดภัยเนื่องจากสถานที่ เครื่องมือ หรือทรัพยากรอื่นที่ไม่เพียงพอ เนื่องจากนโยบายหรือระบบ แพทย์ควรจัดการแก้ไขให้

⁴⁸ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 7 ฉบับที่ 172 (15-31 ธันวาคม 2549)

ถูกต้องถ้าเป็นไปได้. หากไม่สามารถทำได้ แพทย์ควรนำเสนอต่อหน่วยงานที่ตนปฏิบัติงานด้วย. หากหน่วยงานดังกล่าวมิได้ดำเนินการอย่างเหมาะสม แพทย์ขอคำปรึกษาจากบุคคลอื่น ๆ ว่าสมควรดำเนินการต่อไปอย่างไร. แพทย์จะต้องบันทึกความห่วงกังวลที่เกิดขึ้นและขั้นตอนต่างๆ ที่ได้พยายามดำเนินการแก้ไข.”

จากแนวทางดังกล่าว เห็นได้ชัดว่าความคาดหวังของ GMC ต่อแพทย์ในเรื่องความเสี่ยงหรือความไม่ปลอดภัยก็คือการไม่เพิกเฉย ถ้าพบต้องจัดการ ไม่ว่าจะจัดการด้วยตนเองหรือเสนอผู้บริหาร หรือขอความเห็นจากภายนอก รวมทั้งขั้นตอนที่จะปกป้องตนเองด้วยการบันทึกสิ่งต่างๆ ที่ได้ดำเนินการไป ซึ่งในสวนนี้เป็นสิ่งที่แพทย์ไทยส่วนใหญ่อาจจะยังไม่ตระหนักในความจำเป็นมากนัก

เรื่องนี้จะไปเกี่ยวพันกับเรื่อง goodness ของแพทย์ ซึ่งแนวโน้มจะเปลี่ยนไปจากเดิมที่ยอมรับกันว่า แพทย์ทุกคนเป็นแพทย์ที่ดี ยกเว้นต่อเมื่อมีเหตุการณ์ที่แสดงให้เห็นถึงความไม่ดีเกิดขึ้น แต่ในสังคมปัจจุบัน มีความจำเป็นที่แพทย์แต่ละคนจะต้องแสดงให้เห็น goodness ของตนออกมาให้ชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรักษาใส่ใจในการดูแลรักษา การประเมินผลการรักษา หรือความพยายามในการปรับปรุงเงื่อนไขต่างๆ ที่ไม่เอื้อต่อการดูแลรักษาที่ได้คุณภาพ

ในเรื่อง การธำรงไว้ซึ่งการทำเวชปฏิบัติที่ดี GMC ได้ให้แนวทางไว้ดังนี้

“แพทย์จะต้องเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้ทันสมัยอยู่ตลอดช่วงอายุของการประกอบวิชาชีพ. แพทย์ควรมีความคุ้นเคยกับแนวทาง (guidelines) และการพัฒนา (developments) ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพของตน. แพทย์ควรจะเข้าร่วมกิจกรรมการศึกษาอย่างสม่ำเสมอเพื่อธำรงและเพิ่มพูนศักยภาพและสมรรถนะในการประกอบวิชาชีพ”

“แพทย์จะต้องทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานและผู้ป่วยเพื่อธำรงและพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานและส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย. โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แพทย์จะต้องปฏิบัติในสิ่งต่อไปนี้:

1. จัดทำแฟ้มข้อมูลและหลักฐานต่างๆ ที่เกิดจากการทำเวชปฏิบัติของตน
2. แสดงให้เห็นถึงการมีมาตรฐานในการทำเวชปฏิบัติตามแนวทางที่แพทยสภากำหนดเกี่ยวกับการอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ อย่างสม่ำเสมอ
3. มีส่วนร่วมในการทบทวนตรวจสอบทางการแพทย์ที่เป็นระบบและสม่ำเสมอ
4. มีส่วนร่วมในระบบประกันคุณภาพ และระบบพัฒนาคุณภาพ
5. ตอบสนองในเชิงสร้างสรรค์ต่อผลลัพธ์ของการทบทวนตรวจสอบทางการแพทย์ การประเมินและทบทวนผลการปฏิบัติงาน และเข้าร่วมรับการฝึกอบรมต่อเนื่องเมื่อจำเป็น
6. มีส่วนในการแก้ไขความไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลของการรักษา
7. ให้ความร่วมมือต่อการสืบสวนเชิงลับ การรายงานผลที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย
8. รายงานเมื่อสงสัยว่าจะมีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากยา ตามแนวทางที่กำหนดไว้

9. ร่วมมือให้ข้อมูลแก่องค์กรที่ติดตามกำกับสาธารณสุขเมื่อได้รับคำขอตามกฎหมาย โดยปฏิบัติตามแนวทางในการรักษาความลับอย่างเคร่งครัด”

จะเห็นว่าความคาดหวังในส่วนนี้ครอบคลุมสิ่งที่เราค้นเคยกันในเรื่องของ evidence-based practice, การศึกษาต่อเนื่อง, การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพ และส่งเสริมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

ในเรื่อง QA และ CQI นั้นเป็นสิ่งที่คุ้นเคยสำหรับพวกเราอยู่แล้ว แต่สิ่งที่สหราชอาณาจักรทำกันมานานและเน้นความสำคัญมากคือเรื่องของ medical audit อันเป็นหน้าที่โดยตรงของแพทย์ทุกคน

การทบทวนเนื้อหาใน Good Medical Practice นี้ทำให้เกิดความคิดที่ตกผลึกมากขึ้น ที่จะช่วยตอบคำถามว่าองค์กรแพทย์ในโรงพยาบาลควรจะมีบทบาทอะไร โดยเฉพาะในโรงเรียนแพทย์หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งมีทั้งภาควิชา PCT และสภาอาจารย์

คำตอบที่กระจ่างชัดขึ้นก็คือ องค์กรแพทย์ควรทำหน้าที่ส่งเสริมมาตรฐานและจริยธรรม ในการประกอบวิชาชีพในระดับสมาชิกแพทย์แต่ละคน ซึ่งเป็นหน่วยย่อยที่สุดขององค์กร แต่จะมีจุดร่วมเหมือนกัน ไม่ว่าจะปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานใด ดังตัวอย่างแนวทางใน Good Medical Practice ที่กล่าวมา เน้นบทบาทของแพทย์แต่ละคนที่จะเข้าไปเกี่ยวข้องกับโครงสร้างหรือกระบวนการต่าง ๆ ที่มีอยู่ในองค์กร

ผู้ที่สนใจ สามารถ download Good Medical Practice ได้จาก

http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice/index.asp

ศรัทธาและความไว้วางใจ⁴⁹

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

สิ่งที่จะนำมาเล่าสู่กันฟังต่อไปนี้มาจากคำบรรยายของ นพ.บุญยงค์ วงศ์รักมิตร อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน ซึ่งท่านได้กล่าวในที่ประชุมชมรมโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปเมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2549 ในหัวข้อ “การบริหารโรงพยาบาล” เป็นการพูดจากจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ที่อยู่กับโรงพยาบาลมาตั้งแต่ พ.ศ. 2502

ท่านให้ความสำคัญกับความรู้ ความคิดเห็น และความเชื่อ ซึ่งจะมีผลต่อการที่จะนำมายึดถือเป็นปรัชญาในการดำเนินงานอย่างมั่นคง เกี่ยวกับคำทั้งสองคำ คือคำว่า “การบริหาร” กับ “โรงพยาบาล”

บทบาทหน้าที่หลักของโรงพยาบาลคือการรักษาโรคและดูแลสุขภาพของประชาชน เป็นสิ่งที่ต้องอยู่ในหัวใจ ซึ่งผู้ประกอบการวิชาชีพในโรงพยาบาลจะต้องตระหนักถึงความไว้วางใจที่ประชาชนมาต่อเรา นำชีวิตและร่างกายมาฝากไว้ในการดูแลของเรา ไม่มีอาชีพใดที่จะได้รับความไว้วางใจมากเท่านี้ เราจึงต้องทำหน้าที่ให้สมกับที่ประชาชนไว้วางใจเรา ให้สมกับที่เขาถือว่าโรงพยาบาลเป็นธนาคารชีวิตของเขา

การที่โรงพยาบาลปฏิเสธที่จะรับผู้ป่วยไว้รักษา เช่น บอกว่าใส่ดิ่งอักเสบแล้วไม่สามารถรับไว้รักษาได้เนื่องจากไม่มีเตียง มองในสายตาศูนย์คนถือว่าโหดเหี้ยมอย่างมาก เราควรทบทวนว่าเราบิดเบือนวิชาแพทย์ที่เราเรียนมาอย่างไร มีสัมมาทิฐิต่อบทบาทของโรงพยาบาลอย่างไร กลายเป็นว่าโรงพยาบาลเป็นของเรา เงินเป็นของเรา คนเป็นของเรา แต่ผู้เดียว

เราต้องมีความคิดเห็นที่ถูกต้องว่าชีวิตของมนุษย์เป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุด ไม่มีหน้าที่ปฏิเสธผู้ทำงานโรงพยาบาลเปรียบเสมือนหน่วยรบส่วนหน้า ที่ต่อสู้กับข้าศึกในสนามรบ กระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลมีหน้าที่ให้นโยบายและส่งเสริมสนับสนุน อารูธ อาหาร ถ้าให้หน่วยรบในสนามรบต้องขาดหน่อไม้หากิน เอาไม้ไผ่มาเหลาทำอาวุธ อย่างนั้นเปรียบเสมือนกองโจรที่ต้องพึ่งตนเอง การศึกษาและการสาธารณสุขเป็นกิจการที่สร้างคุณภาพของคน ซึ่งจำเป็นที่รัฐต้องลงทุน

คนที่ทำงานด้านสุขภาพ ควรรู้ เข้าใจ และมีความเห็นที่ถูกต้องต่อคำนิยามของคำว่า “สุขภาพ” ที่องค์การอนามัยโลกให้ไว้ (a state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity.)) มิฉะนั้นเราจะทอดทิ้งคำนิยามนั้นแล้วกลับมาสู่สิ่งที่เรากำหนดเองตามความต้องการของเรา และอาจจะให้น้ำหนักผิด คำพูดที่ว่าป้องกันดีกว่าการรักษานั้นมีมานานแล้ว แต่ไม่ได้หมายความว่าต้องมุ่งสร้างมากกว่าซ่อม สร้างกับซ่อมต้องไปด้วยกัน น่าจะก้าวไปพร้อมกันเพื่อไม่ให้เกิดความแตกต่างและแตกแยก

⁴⁹ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 8 ฉบับที่ 173 (1-15 มกราคม 2550)

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพกับผู้รับบริการได้เปลี่ยนแปลงไปจาก ความสัมพันธ์เชิงไว้วางใจ มาเป็นความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือ contract ซึ่งน่ากลัวมาก ท่านได้แนะนำคาถาที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลทุกระดับควรจะมีติดมือ เป็นของ ดั้งเดิมซึ่งเพราะ ดี และเรียบง่าย นั่นคือกฎเสนาบดีว่าด้วยข้อปฏิบัติสำหรับผู้ประกอบโรคศิลป์ ซึ่งออกตามพระราชบัญญัติการแพทย์เมื่อ พ.ศ. 2472 ซึ่งระบุไว้ว่า

1. ปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ
2. ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความระมัดระวัง ไม่ประมาท
3. ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความหวังดีต่อคนไข้และญาติ

ถ้าท่านทำสามอย่างนี้ ยังมองไม่ออกว่าจะเกิดข้อฟ้องร้องได้อย่างไร

ท่านได้กล่าวต่อไปว่า เราจะต้องสร้างความสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยชอบ เมื่อชอบแล้วจะเชื่อ เมื่อเชื่อแล้วจะทำตาม ขอให้เราทบทวนว่าพฤติกรรม สีหน้าท่าทาง และวาจาที่พวกเราใช้กันอยู่นั้น ทำให้เขาชอบหรือไม่ หรือเป็นไปในทางตรงกันข้าม ถ้าเขาไม่ชอบแล้วจะทำให้เขาเชื่อและทำตามได้อย่างไร

ท่านได้ยกปรากฏการณ์ Jigme Khesar Namgyel Wangchuck ที่บุคลิกภาพ ความ เคลื่อนไหว สีหน้าท่าที ได้บุกกะลวงเข้าไปในหัวใจคนไทยร่วม 60 ล้านคน ด้วยเวลาที่อยู่ใน เมืองไทยเพียงไม่กี่วัน แต่ท่านได้แสดงให้เห็นความจริงใจออกมาให้เราสัมผัสได้ คำกล่าวของ ท่านไพเราะทั้งภาษาและความหมาย แสดงให้เห็นว่าการฝึกฝนนั้นเป็นสิ่งไม่ยาก ไม่ต้องใช้ เวลานาน ถ้าความเห็นของเราเป็นบวกต่อสิ่งนั้น

ที่ผ่านมาเราไม่ได้ให้เวลาที่เหมาะสมแก่คนไข้ เพื่อความไว้นื้อเชื่อใจ เราต้องมอง ผู้ป่วยเป็น “คน” และ “ครู”

มองว่าผู้ป่วยเป็นคนเหมือนเรา มีความรู้สึก หิว รู้สึกโกรธ เหมือนเรา ธรรมชาติที่ว่า “อัตตาทัง อุปมัง กเร” เขามนุษย์ เรามนุษย์ ถ้าเป็นพ่อเรา พี่เรา น้องเรา เราควรปฏิบัติต่อเขา อย่างไร เรามักจะมองเพื่อนมนุษย์เป็นคนป่วย เหมือนข้าราชการมองเพื่อนมนุษย์เป็น ประชาชน ทำให้ระดับของความเป็นมนุษย์แตกต่างกัน

มนุษย์ไม่เอายากถูกดูถูกดูแคลน ช่มเหงรังแก อยากให้เพื่อนมนุษย์มองเราในฐานะเพื่อน มนุษย์ด้วยกัน ถ้ามองเขาเป็นคน ก็ได้ชัยชนะมาครั้งหนึ่ง ถ้ามองเขาเป็นครู ก็ได้ชัยชนะมา เต็ม ถ้าเรามองเห็นผู้ป่วยเป็นคนและครู วิธี approach จะเปลี่ยนเป็น holistic

ด้วยสัมมาทิวะเหล่านี้: ทำหน้าที่ให้สมกับความไว้วางใจ, ปฏิบัติตามกฎหมายดี, สร้าง ความสัมพันธ์ให้เกิดความชอบ เชื่อ และทำตาม, มองผู้ป่วยเป็นทั้ง “คน” และ “ครู” หากทำ ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งและนำไปสู่การปฏิบัติ เราจะได้มากกว่าสิ่งที่ให้มากมาย จะผ่อนบรรเทา เหตุการณ์ที่เป็นข้อพิพาทอย่างมหาศาล

เมื่อก่อนนี้ แพทย์จะดูแลผู้ป่วยอย่างไรก็ได้รับการยอมรับจากประชาชน แต่ในปัจจุบัน แพทย์ในทุกประเทศถูกตั้งคำถามจากสังคมมากขึ้นเรื่อยๆ

ความเป็นวิชาชีพ (professionalism) คือชุดของค่านิยม พฤติกรรม และสัมพันธภาพ ซึ่งทำให้สังคมเกิดความไว้วางใจในตัวผู้ประกอบวิชาชีพ

สิ่งที่สังคมต้องการจากแพทย์อาจสรุปได้ในทำนองนี้ “เราต้องการหมอที่ดี หมอที่มีความจริงใจ มีทักษะที่จำเป็น มีความรู้ที่ทันสมัย ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย รับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นผู้ที่เราวางใจได้” การตอบสนองความต้องการที่ว่าคือแนวคิดเรื่อง**ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง**

เราอาจจะมองว่าความเป็นวิชาชีพกับแนวคิดเรื่องผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นเรื่องที่ขัดแย้งกัน แต่ถ้าจะมองให้เป็นสิ่งที่ไปด้วยกันได้ ความเป็นวิชาชีพที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสามารถสรุปได้ใน 4 ประเด็น คือ การตอบสนองความต้องการหรือความนิยมชมชอบของผู้ป่วย, การคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดที่ผู้ป่วยจะได้รับ, ความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและแพทย์, การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

การสร้างความมั่นใจว่าการประกอบวิชาชีพเวชกรรม มาตรฐาน การศึกษา และการกำกับดูแลวิชาชีพ จะตอบสนองความต้องการของสังคม หรือมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คือหัวใจของสิ่งที่เรียกว่า **patient-centred professionalism (PCP)** ซึ่งเป็นกระแสความเคลื่อนไหวที่ประเทศตะวันตกกำลังใช้การวิจัยเพื่อปรับบทบาทของการกำกับดูแลวิชาชีพเวชกรรม ให้สอดคล้องกับความคาดหวังของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

ภาพของแพทย์เปลี่ยนไปจากการเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุดและตัดสินใจแทนผู้ป่วยทุกเรื่อง มาสู่การเป็นคู่พันธมิตร ผู้เชี่ยวชาญ และสมาชิกของทีม มีประเด็นที่ควรพิจารณาหรือควรทำวิจัยเกี่ยวกับบทบาทของแพทย์ในอนาคตที่ควรหาความรู้ที่ชัดเจนมากขึ้น อาทิ

1. ความร่วมมือบนพื้นฐานของความรู้ ปัจจุบันประชาชนสามารถเข้าถึงความรู้ต่างๆ ได้จากแหล่งความรู้ต่างๆ ทั่วโลก และสามารถปรึกษาผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่นได้ แพทย์มิได้เป็นผู้ที่ผูกขาดความรู้และทักษะอีกต่อไป สิ่งนี้อาจจะนำมาสู่ความร่วมมือหรือความขัดแย้งก็ได้ ทำอย่างไรจึงจะส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือมากกว่าที่จะเกิดความขัดแย้ง ทำอย่างไรให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการมีส่วนร่วมตัดสินใจของผู้ป่วย และในการพัฒนาทักษะเพื่อดูแลตนเอง ความรู้ที่ไม่เพียงพอจะเป็นอันตรายหรือไม่ แพทย์จะทำความเข้าใจกับผู้ป่วยอย่างไรจึงจะทำให้ความรู้ที่ผู้ป่วยมีอยู่ กลายมาเป็นความเห็นที่ถูกต้องและเหมาะสม

⁵⁰ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 8 ฉบับที่ 174 (15-31 มกราคม 2550)

2. การอ้างความไว้วางใจของสังคม ความไว้วางใจของผู้ป่วยต่อแพทย์เป็นปัจจัยสำคัญในระบบบริการสุขภาพ แพทย์ได้รับสิทธิในการกระทำต่อร่างกายของผู้ป่วย เข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย ควบคุมการใช้ยา เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อบำบัดความเจ็บไข้ทุกข์ทรมาน ในสังคมที่มีความเท่าเทียมกันมากขึ้น ความไว้วางใจต่อแพทย์เริ่มลดลง วิชาชีพแพทย์จึงต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อให้สังคมยังคงมีความไว้วางใจต่อวิชาชีพแพทย์ กลไกการควบคุมและติดตามกำกับในลักษณะใดที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจ (โปร่งใส เปิดกว้าง มีส่วนร่วม) ขณะเดียวกันเป็นสิ่งที่แพทย์ยอมรับได้

3. การตัดสินใจ ในการดูแลรักษาผู้ป่วย มีความไม่แน่นอนเกิดขึ้นตลอดเวลา ที่ผ่านมากลับมาแพทย์จะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกกระทำหรือไม่กระทำโดยอาศัยดุลยพินิจและประสบการณ์ของแพทย์เจ้าของไข้ ในปัจจุบัน สิ่งเพิ่มขึ้นเพื่อจัดการกับความไม่แน่นอน คือ ก) การใช้หลักฐานข้อมูลทางวิชาการ ข) การนำความต้องการของผู้ป่วยมาพิจารณาและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ค) การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ถ้าจะให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากขึ้น เรามีความรู้หรือไม่ว่าควรกระทำสำหรับผู้ป่วยประเภทใด ในสถานการณ์ใด เมื่อไรที่ผู้ป่วยควรจะมอบความไว้วางใจให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจเนื่องจากความไม่แน่นอนต่างๆ เมื่อตัดสินใจร่วมกันแล้วความรับผิดชอบ (accountability) ในการตัดสินใจจะตกอยู่กับใคร

4. ความขัดแย้งในบทบาท แพทย์ทำงานอยู่ในระบบบริการและในองค์กรที่ตนสังกัด มีภาระที่จะต้องปฏิบัติตามทิศทางนโยบายของระบบและองค์กร มีโอกาสที่จะเกิดความขัดแย้งในบทบาท เช่น การพิจารณาใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยโดยรวมกับการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายให้ดีที่สุด กระบวนการตัดสินใจว่าอะไรที่ไม่ได้ผล อะไรที่ไม่คุ้มค่า ควรเป็นอย่างไร อยู่ที่ระดับใด ทำอย่างไรให้มีสมดุลระหว่างความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเฉพาะตน และการมีแนวทางทั่วไปสำหรับผู้ป่วยทุกๆ ราย

5. จรรยาบรรณวิชาชีพ แพทย์มีจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพสำหรับกำกับการปฏิบัติตน ซึ่งจะต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับยุคสมัย ในบางประเทศเริ่มมีการทบทวนแนวคิดเรื่อง mastery, autonomy, privilege ของวิชาชีพที่ให้เสรีภาพหรือภูมิคุ้มกันพิเศษ ซึ่งเริ่มจะไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมมากขึ้น องค์กรวิชาชีพจะกล่าวถึงลักษณะของแพทย์ที่ดีในมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพอย่างไร แพทย์จะแสดงให้เห็นที่ประจักษ์ถึงความดีดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอด้วยข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ก่อนที่จะถูกกล่าวหาได้อย่างไร

ถ้าจะใช้วิกฤติให้เป็นโอกาส ช่วงเวลานี้จึงเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมอย่างยิ่ง ที่สถาบันวิชาการและองค์กรวิชาชีพทั้งหลาย จะร่วมกันหาคำตอบในประเด็นต่างๆ ข้างต้น โดยใช้กระบวนการสร้างความรู้ที่นำเชื่อถือและการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง

คุณค่าขององค์กรแพทย์⁵¹

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ในการประชุมผู้แทนของโรงพยาบาลครั้งหนึ่ง ได้มีการหยิบยกเอาประเด็นเรื่องความต่อเนื่องในการทำงานขององค์กรแพทย์ขึ้นมาปรึกษากัน โดยส่วนใหญ่แล้วโรงพยาบาลจะกำหนดให้องค์กรแพทย์มีการเลือกตั้งผู้แทนมาทำหน้าที่คณะกรรมการ และมีวาระที่ชัดเจน เมื่อมีการเปลี่ยนชุดของคณะกรรมการ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเกิดการขาดช่วง งานที่เคยทำไว้ก็หยุดชะงักไป

สิ่งนี้ทำให้กระตุกความคิดว่า แท้จริงแล้วองค์กรแพทย์คือใคร คือคณะกรรมการที่ถูกเลือกตั้งขึ้นมา หรือคือแพทย์ทุกคนในโรงพยาบาล ถ้าองค์กรแพทย์คือแพทย์ทุกคน ความต่อเนื่องขององค์กรแพทย์ย่อมเกิดขึ้นโดยธรรมชาติ เพราะทุกคนยังคงอยู่ที่เดิม องค์กรแพทย์ยังมีสมาชิกชุดเดิม มิได้มีการเปลี่ยนแปลง

มุมมองต่อบทบาทหน้าที่ขององค์กรแพทย์มีความสำคัญที่จะทำให้เราเข้าใจว่าองค์กรแพทย์คือใคร บทบาทหน้าที่สำคัญที่สุดขององค์กรแพทย์คือการแสดงจุดยืนของวิชาชีพเป็นเสียงเดียวกันในเรื่องที่มีผลต่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งองค์กรแพทย์สามารถแสดงบทบาทนี้ได้หลายลักษณะ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลแพทย์ด้วยตนเอง การให้ข้อคิดเห็นต่อผู้บริหารหรือหน่วยงานภายในโรงพยาบาล รวมถึงการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการต่างๆ

จุดยืนที่เป็นเสียงเดียวกัน เป็นสิ่งที่ไม่สามารถทดแทนได้ด้วยโครงสร้างอื่นๆ

จุดยืนที่เป็นเสียงเดียวกัน ไม่จำเป็นต้องมาจากมติเอกฉันท์ แต่มาจาก consensus ที่สมาชิกทุกคนยอมรับ

จุดยืนที่เป็นเสียงเดียวกัน อาจไม่ได้ออกมาเป็นบทสรุปว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย แต่เป็นการแสดงถึง concern สำคัญในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ หรือทางเลือกต่างๆ หรือมาตรการที่มีผู้เสนอขึ้นมา

จุดยืนที่เป็นเสียงเดียวกัน อาจจะไม่จำเป็นต้องมาจากความเห็นของทุกคน บางเรื่องอาจจะมาจากผู้ที่รู้ในเรื่องนั้นๆ ดีที่สุด บางเรื่องอาจจะมาจากผู้แทนของกลุ่มงาน/สาขาบริการทางการแพทย์ต่างๆ บางเรื่องอาจจะมาจากการชาวเสียงแพทย์ส่วนใหญ่

คุณค่าขององค์กรแพทย์จะเด่นชัดขึ้น หากเลือกทำในเรื่องที่มีความสำคัญสูง เรื่องที่จะสร้างศรัทธาและความไว้วางใจให้วิชาชีพ และเป็นเรื่องที่จะให้ประโยชน์แก่ผู้ป่วย ทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

เมื่อมีเป้าหมายชัดเจนแล้ว จะไปสู่เป้าหมายอย่างไร

⁵¹ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 8 ฉบับที่ 184 (16-30 มิถุนายน 2550)

ที่ผ่านมาเรามักจะให้น้ำหนักกับ structure มากกว่า function ทำให้เราต้องมาถกเถียงกันในเรื่องที่มาของคณะกรรมการองค์กรแพทย์ ธรรมนูญขององค์กรแพทย์ ฯลฯ แต่หากเราจะให้น้ำหนักกับ function ให้มากกว่า structure จะสามารถเกิดแนวคิดใหม่ๆ อะไรขึ้นได้บ้าง เช่น เราควรจะทำอย่างไร เคลื่อนจากระบบเลือกตั้งไปสู่ระบบอาสาสมัคร หรือไม่ ชักชวนให้สมาชิกสมัครใจรับผิดชอบเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ตนถนัด หรืออาจถึงขั้นที่จะกระตุกความคิดด้วยคำถามว่า “องค์กรแพทย์ จะทำงานโดยไม่ต้องมีคณะกรรมการ ไม่ต้องมีการเลือกตั้ง ได้หรือไม่”

ลองมาดู function ที่เป็นไปได้ต่อไปนี้

1. การเป็นที่ปรึกษาให้ผู้บริหาร

องค์กรแพทย์อาจจะแสดงจุดยืนหรือให้ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหาร เมื่อผู้บริหารขอความเห็น หรือแม้ผู้บริหารไม่ขอความเห็นแต่องค์กรแพทย์เห็นว่ามีผลสำคัญ เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับปฏิบัติงานของแพทย์ หรือคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

การให้ความเห็น คำปรึกษา หรือจุดยืนนี้ ไม่ควรก่อให้เกิดความขัดแย้งหรือการเผชิญหน้ากับผู้บริหาร ความเห็นอาจจะแตกต่างได้ แต่ไม่ควรเกิดความขัดแย้ง แนวทางที่น่าจะเหมาะสมคือสรรหาความเห็นที่ครอบคลุมรอบด้านให้ผู้บริหารพิจารณา และยอมรับการตัดสินใจของผู้บริหาร ไม่ว่าผู้บริหารจะตัดสินใจอย่างไร

2. การสร้างความน่าเชื่อถือของวิชาชีพ

อะไรคือการปฏิบัติตนของแพทย์ที่ผู้รับบริการหรือวิชาชีพอื่นๆ รู้สึกว่าเป็นปัญหาสำคัญ เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ไม่ใครอยากแตะ แต่ถ้าองค์กรแพทย์ไม่ทำอะไรเลย ความเสื่อมศรัทธาก็จะเพิ่มมากขึ้น และในที่สุดฝ่ายบริหารก็ต้องเข้ามาจัดการอะไรบางอย่าง หลังจากที่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือคำร้องเรียนเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก หากวิชาชีพแพทย์ต้องการที่จะมี autonomy ในการดูแลการประกอบวิชาชีพ องค์กรแพทย์ก็ต้องแสดงความรับผิดชอบด้วยการมาแสดงจุดยืนที่เป็นเสียงเดียวกันในเรื่องนี้ เป็นจุดยืนที่เปิดเผยและเป็นที่ยอมรับได้ ทำให้แพทย์สบายใจ และวิชาชีพที่ทำงานร่วมด้วยสบายใจ

การที่แพทย์เวรไม่มาดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงหรืออยู่ในภาวะวิกฤติ ไม่ว่าจะด้วยเหตุใด องค์กรแพทย์ไม่ควรปล่อยให้เป็นเรื่องของพยาบาลกับแพทย์เวร หรือเป็นเรื่องของผู้ป่วยกับแพทย์เวร แต่องค์กรแพทย์ควรร่วมกันพิจารณาว่ามาตรการอะไรที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ทันกาล โดยอาจจะมีมาตรการต่างๆ เป็นลำดับขั้น การปกป้องความสูญเสียต่อผู้ป่วยควรจะเป็นความรับผิดชอบขององค์กรแพทย์ที่มาก่อนสิ่งอื่นใด การอยู่ร่วมกันด้วยดีของแพทย์ไม่ควรอยู่บนพื้นฐานของกฎข้อบังคับ แต่ควรอยู่บนพื้นฐานของความรับผิดชอบต่อร่วมกัน

3. การประสานความร่วมมือในระดับองค์กร

แพทย์แต่ละท่านอาจจะได้รับการแต่งตั้งจากผู้บริหารให้เป็นกรรมการ หรือแพทย์อาจจะถูกเลือกจากเพื่อน ๆ ให้เข้าไปเป็นตัวแทนในคณะกรรมการเกี่ยวกับการใช้จ่าย การบันทึกเวชระเบียน การป้องกันการติดเชื้อ คุณภาพและความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ ฯลฯ

การที่แพทย์ต้องเข้าไปร่วมในคณะกรรมการดังกล่าว เป็นเพราะการทำงานที่ได้ผลของคณะกรรมการดังกล่าว ต้องได้รับความเห็นของแพทย์ และได้รับความร่วมมือจากแพทย์ในการนำข้อตกลงหรือแนวทางต่าง ๆ ไปปฏิบัติ

ผู้ที่เข้าไปเป็นสมาชิกในคณะกรรมการดังกล่าว ไม่ว่าจะมีส่วนอย่างไร ควรทำหน้าที่สื่อสารข้อคิดเห็นของแพทย์โดยรวมให้แก่คณะกรรมการ มิใช่ความคิดเห็นส่วนตัวของตนเพียงคนเดียว และสื่อสารข้อสรุปของคณะกรรมการให้กับสมาชิกแพทย์ได้รับทราบ ช่องทางของการสื่อสารอาจจะมีได้หลากหลาย ไม่จำเป็นต้องผ่านที่ประชุมเพียงอย่างเดียว

องค์กรแพทย์อาจจะทำหน้าที่อื่น ๆ ตามความจำเป็นของแต่ละองค์กร โดยมีสิ่งที่ค้ำึงอยู่ตลอดเวลาคือการแสดงออกถึงจุดยืนที่เป็นเสียงเดียวกัน จุดยืนที่มีเป้าหมายอยู่ที่คุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และจิตใจที่มีความรับผิดชอบร่วมกัน ทำได้ดังนี้แพทย์สภาคงจะไม่ต้องมาเสียเวลากับเรื่องร้องเรียนต่าง ๆ ที่มีเป็นจำนวนมาก

ว่าด้วยเรื่องการวิจัยและการจัดการความรู้

R2R เป็นคำที่ ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช ตั้งขึ้นให้การทำงานร่วมกันระหว่างศิริราชกับมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ซึ่ง นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เป็นเลขาธิการ ทั้งสองท่านเคยทำงานในหน่วยงานที่ทำหน้าที่สนับสนุนการวิจัย และอยากเห็นการวิจัยเกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย R2R เกิดจากการเห็นความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพ และเห็นโอกาสที่จะต่อยอดงานพัฒนาคุณภาพให้เป็นงานวิจัย จึงเกิดกระบวนการสนับสนุนและขับเคลื่อนการทำวิจัยโดยทีมดูแลผู้ป่วย

เมื่อต้นเดือนเมษายนที่ผ่านมา ผู้เขียนได้มีโอกาสไปร่วมประชุมกับทีมงานของศิริราช และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติเพื่อสรุปบทเรียนและวางแผนยุทธศาสตร์การทำงานในช่วงต่อไป ได้รับฟังข้อคิดต่างๆ จากที่ประชุม จึงถือโอกาสเก็บมาเล่าสู่กันฟังดังนี้

ประสบการณ์อันหนึ่งที่น่าสนใจก็คือการใช้ KM มาช่วยในการสร้างงานวิจัย ให้ทีมงานต่างๆ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ทำให้เกิดความเข้าใจในเรื่องระเบียบวิธีวิจัยซึ่งเดิมเคยคิดว่าเป็นเรื่องยากได้

ได้มีการพูดถึงเรื่อง integration กันมากในที่ประชุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างการพัฒนาคุณภาพกับ R2R และมีการเปรียบเทียบว่าต้องสร้างเป็นวง orchestra ซึ่ง ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช ได้กรุณาขยายความว่า **orchestration แปลว่าต้องมีเครื่องมือหลายเครื่องมือ มีเครื่องดนตรีหลายชนิด** หลายคนเป่า อาจจะไม่คนละที่ แต่รู้ว่าต้องการให้เป็นเพลงอะไร ลงท้ายเพลงนั้นเพราะ บางจังหวะเครื่องนี้ไม่เล่น ตัวอื่นเล่น แล้วตัวอื่นเล่นเสียงสูง ตัวนี้เล่นเสียงต่ำ ลงท้ายแล้วเพลงเพราะเป็นเป้าหมาย บางครั้งตัวเองต้องเจียบเพื่อให้เพลงเพราะ ไม่ใช่ว่ามีเครื่องดนตรีอยู่ตัวเดียว ต้องมีหลายชนิด หลายประเภท

ศ.นพ.ธาดา ยิบอินซอย แม้จะอยู่ถึงหาดใหญ่ แต่ก็มาร่วมกิจกรรม R2R ของศิริราชอย่างสม่ำเสมอ อาจารย์ให้ข้อคิดที่กระแทะเข้าถึงแก่นของการทำงานเรื่อง R2R ไว้โดยเริ่มจากการตั้งข้อสังเกตว่าแต่ละคนแปลความมุ่งหมายของ R2R แตกต่างกันไปที่ผลลัพธ์การวิจัย บางคนมองการตีพิมพ์ บางคนมองการปรับปรุงบริการ บางคนมุ่ง HA บางคนมองตำแหน่งวิชาการ เมื่อมองต่างกันไปก็ก่อให้เกิดความสับสนขึ้น

อาจารย์มองงาน R2R ในประเด็นต่อไปนี้

1. ประทับใจที่สามารถทำให้หลายๆ คน มองงานที่ตัวเองทำ กล้าตั้งคำถามว่าอะไรไม่ถูกต้อง กล้าไปหาคนมาบอกว่าจะทำให้ถูกต้องได้อย่างไร **ความกล้าที่จะบอกว่าเป็นคือ routine ที่เราไม่ยอมรับ เป็นสิ่งสำคัญที่สุด** เขาทำวิจัยไม่เป็นก็ไม่เป็นไร

⁵² ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 8 ฉบับที่ 183 (1-15 มิถุนายน 2550)

2. ทำ R2R แล้วต้องจัดการความรู้ให้ได้ ตัวเองก็เรียนไปด้วย ขยายความรู้ให้คนอื่นไปด้วย

3. ควรทำให้เกิด joy of learning โดยการยอมให้มีสิ่งที่ไม่เป็นทางการ (informal) เกิดขึ้น เพราะหากเริ่มด้วยสิ่งที่เป็นทางการมากจะไม่เกิดการเรียนรู้ เมื่อเริ่มด้วยวิธีที่ไม่เป็นทางการแล้ว ความเป็นทางการอาจจะตามมาก็ได้

4. ประทับใจในความเป็น cross discipline หมอคุยกับพยาบาล พยาบาลคุยกับคนไข้ คนไข้คุยกับคนญี่ปุ่น

5. การทำ R2R แล้วทำให้หมอและพยาบาลมีเวลาคุยกับคนไข้ นั้นเป็น humanization ที่ powerful ที่สุด

อาจารย์มองว่าหน่วย R2R เป็นหน่วยงานที่สร้างวัฒนธรรม ไม่ใช่สร้างการวิจัย สักวันหนึ่งต้องเอาวัฒนธรรมนี้คืนไปให้ภาควิชารับผิดชอบ และขยายไปให้โรงพยาบาลทั้งประเทศมีส่วนร่วม เรื่องการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล เรื่อง R2R และเรื่อง R&D ต่างก็มีจุดหมายปลายทางเหมือนกัน มีโอกาสที่จะซ้ำซ้อนเกิดขึ้น ต้องมาทำให้ชัดเจนว่าจะบูรณาการกันอย่างไร จึงจะไม่เกิดความซ้ำซ้อน ต้องรู้ว่าใครทำอะไรไปถึงไหน นอกจากนั้นเราไม่ควรสร้างกำแพงว่านี่คือการวิจัย นี่คือการศึกษ ทั้งหมดเป็นเรื่องเดียวกัน การที่นักศึกษาเห็นอาจารย์ดูแลผู้ป่วยด้วยความเคารพ การให้แพทย์ใช้ทุนมาช่วยทำวิจัย สิ่งเหล่านี้คือการศึกษที่ดี ไม่ควรทำให้เป็น formal

ในช่วงท้าย ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช ได้ให้ข้อคิดเตือนใจว่า R2R ในช่วงเริ่มต้นเป็นงานที่มีลักษณะ creativity สูง เป็นผลจากการที่ผู้บริหารให้ความอิสระในการทำงานแบบมีเป้าหมาย มีความยืดหยุ่นสูงมาก ซึ่งจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กรได้ แต่อันตรายของหน่วยงานที่มี creativity สูงก็คือการทำให้เกิดความชัดเจน ความแน่นอนตายตัว ซึ่งหากมีลักษณะนั้นเกิดขึ้นก็ต้องเปลี่ยนวิธีทำงานไปสู่การกระจายความรับผิดชอบและความรู้สึกเป็นเจ้าของ ให้กับหน่วยงานต่างๆ ให้มากขึ้น

ประเด็นที่อาจารย์ทิ้งท้ายไว้ก็คือ ผู้บริหารต้อง treat R2R as part of the whole for organization change มีเป้าหมายคือคุณภาพ ซึ่งต้องการกลไกในการทำให้หลายๆ ส่วนขององค์กรทำงาน เราต้องการกลไกและเครื่องมือหลายตัว แต่ต้องมีการตรวจสอบเพื่อไม่ให้เกิดความยุ่งเหยิง และจะต้องมองป่าทั้งป่า ถ้าหลงมองต้นไม้ R2R ต้นเดียว การขับเคลื่อนจะได้ประโยชน์น้อย

นี่คือข้อคิดบางส่วนที่เก็บมาเล่าสู่กันฟัง เป็นการเรียนรู้ข้อคิดจากผู้ที่ได้นำร่องไปแล้ว ซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่กำลังจะเริ่มต้น หรือได้เริ่มมาบ้างแล้ว ที่จะรับรู้ว่าในขั้นต่อไปจะต้องเผชิญกับอะไร และควรจะมีข้อคิดเพื่อเตรียมการไว้แต่เนิ่นๆ อย่างไร

KM ที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ ⁵³

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

นพ.วิทยา สวัสดิ์วุฒิพงศ์ (swaddi@hotmail.com) นายแพทย์ 9 ด้านเวชกรรมป้องกัน โรงพยาบาลแม่สอด ส่งบทความที่เขียนประสบการณ์เกี่ยวกับ KM ซึ่งตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุขมาให้อ่าน 4 ตอน

อ่านแล้วจะพบว่าเรื่องราวต่างๆ ที่นำมาบันทึกไว้นั้นเกิดขึ้นก่อนที่ความรู้เรื่อง KM จะเข้ามาแพร่หลายในประเทศไทย เป็นความพยายามของผู้ใฝ่รู้ทางวิชาการ ที่ต้องการจะแก้ปัญหาต่างๆ ที่เพื่อนร่วมงานต้องเผชิญอยู่ ซึ่งมีหลากหลายสาขามาก ตั้งแต่การควบคุมการติดเชื้อ การควบคุมโรคระบาด การคัดกรองโรคเรื้อรัง งานอนามัยแม่และเด็ก

ผู้เขียนได้บันทึกข้อมูลต่างๆ ไว้ตามลำดับขั้นของการเกิดอย่างชัดเจน มีการนำเสนอข้อมูลเชิงปริมาณที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เห็นสถานการณ์ของปัญหาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และได้พยายามเทียบเคียงว่าสิ่งที่ได้ทำลงไปนั้น เข้ากับหลักการหรือเครื่องมือของ KM ที่เรากำลังสนใจอยู่ในปัจจุบันอย่างไร

การเทียบเคียงกับประสบการณ์เดิมกับ KM ทำให้ได้ข้อคิดสำคัญ 2 ประการ คือ

1) KM นั้นเกิดขึ้นอยู่แล้วโดยธรรมชาติ เมื่อเรามีความพยายามที่จะแก้ปัญหาหรือปรับปรุงเรื่องใดๆ จะเกิดความรู้ขึ้นจากการแก้ปัญหาหรือการปรับปรุงนั้น เรียกว่าเป็นปัญญาจากการปฏิบัติ

2) ความรู้เรื่อง KM ควรจะทำให้เราได้พัฒนากระบวนการแก้ปัญหาและกระบวนการเรียนรู้ของเราให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

ตัวอย่างบทเรียนจากการระบาดของ endophthalmitis หลังการผ่าตัดต้อกระจก ⁵⁴ ซึ่งเกิดขึ้นถึง 3 ใน 5 ราย ผู้เขียนมีความรู้ทางระบาดวิทยา จักษุแพทย์มีความรู้และทักษะในเรื่องการดูแลผู้ป่วยต้อกระจก การรวมทีมเข้าด้วยกันก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในส่วนขาดของแต่ละฝ่าย และใช้ความเชี่ยวชาญของแต่ละฝ่ายมีอยู่ให้เกิดประโยชน์ มีการตามรอยไปตามขั้นตอนต่างๆ เพื่อพิจารณาว่าขั้นตอนใดจะเป็นสาเหตุของการติดเชื้อได้ รวมทั้งเก็บตัวอย่างที่สงสัยไปส่งตรวจเพาะเชื้อ เมื่อพบว่าสารน้ำล้างตาขึ้นเชื้อชนิดเดียวกับที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อ ก็ตามไปดูว่าขั้นตอนของการผลิตขั้นตอนใดที่มีโอกาสปนเปื้อนได้ และปรับปรุงขั้นตอนดังกล่าว

⁵³ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 8 ฉบับที่ 186 (15-31 กรกฎาคม 2550)

⁵⁴ วิทยา สวัสดิ์วุฒิพงศ์: ตัวอย่างการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในโรงพยาบาล ตอน 1 การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, วารสารวิชาการสาธารณสุข 2549; 15 : 678-684.

อาจกล่าวได้ว่า กระบวนการทำงานของนักระบาดวิทยา ก็คือการสร้างความรู้ที่มีความน่าเชื่อถือสูงอย่างหนึ่ง คือการพัฒนาคุณภาพหรือป้องกันความเสี่ยงที่ตามหา root cause จนพบว่าเกิดจากการขาด aseptic technique ในบางขั้นตอนของการผลิต

นำคิดต่อไปว่า กรณีอย่างนี้ถ้ามีการฟ้องร้อง ใครจะเป็นจำเลย โดยสามัญสำนึกของประชาชนทั่วไปก็จะกล่าวโทษกับแพทย์ผู้ผ่าตัด ว่าไม่ใช้ความระมัดระวังในการตรวจสอบสารน้ำที่นำมาใช้ล้างตา แต่ถ้าใช้แนวคิดเรื่อง patient safety ซึ่งจะพยายามไม่กล่าวโทษตัวบุคคลแล้ว ก็จะเป็นความผิดพลาดในระบบควบคุมกำกับการผลิตของโรงพยาบาล ถ้าโรงพยาบาลไม่ร่วมมือกันวางระบบป้องกันและตรวจสอบให้ดี ทุกคนก็จะตกเป็นจำเลยของสังคม แพทย์มีโอกาสดังกล่าวที่หนึ่งได้ง่ายมาก จึงควรมาเป็นผู้ที่จะช่วยกันขับเคลื่อนให้โรงพยาบาลเกิดระบบที่มีความรัดกุมในทุกขั้นตอนของการทำงาน เพราะสุดท้าย เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้นแล้ว แพทย์จะกลายเป็นจำเลยที่หนึ่งเสมอ

การเกิด endophthalmitis ในผู้ป่วยต่อกระจกโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่ง ทำให้พบข้อมูลที่ขัดแย้งกับความรู้เดิมหรือสิ่งที่ควรจะเป็น นั่นคืออัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ผ่าตัดด้วยวิธี phargoemulsification with IOL ซึ่งเปิดแผลเล็กกว่า ใช้เวลาผ่าตัดน้อยกว่า น่าจะติดเชื้อน้อยกว่าการผ่าตัดด้วยวิธี extracapsular cataract extraction (ECCE) with IOL แต่ที่โรงพยาบาลแห่งนี้กลับพบมากกว่ากันถึงเท่าตัว คือร้อยละ 12 และร้อยละ 6 ทางที่มงานได้พยายามแก้ปัญหาทุกอย่างก็ไม่ดีขึ้น บางคนเกิดอาการหวาดระแวง นอนไม่หลับ ต้องไปถวายสังฆทาน เมื่อที่มงานระบาดวิทยาเข้าไปตามรอยดูก็พบปัญหาข้อจำกัดในเรื่องจำนวนชุดเครื่องมือผ่าตัดที่จำเป็นต้องใช้การแช่น้ำยา antiseptic สำหรับเครื่องมือบางชิ้น ซึ่งเวลาที่แช่นั้นน้อยกว่าที่กำหนดไว้ ยิ่งเวลาที่ใช้ผ่าตัดสั้น เวลาที่แช่เครื่องมือก็ยิ่งสั้นลง การใช้สารน้ำล้างตาร่วมกันในผู้ป่วยหลายราย การที่ไม่มีการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องนี้เช็ดด้วยไอน้ำ ที่มงานระบาดวิทยาที่เข้าไปศึกษาได้สรุปข้อเสนอแนะให้แก่ผู้บริหารโรงพยาบาล และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการ

ในกรณีนี้แม้จะจับตัวเชื้อที่เป็นสาเหตุไม่ได้ชัดเจน แต่การตามรอยหรือศึกษาขั้นตอนการปฏิบัติงานต่างๆ อย่างรอบคอบ ก็ทำให้เห็นโอกาสพัฒนาที่ได้ผล และเป็นบทเรียนที่อาจเป็นทางลัดสำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ นำไปใช้ตรวจสอบระบบของตนเอง

รายงานฉบับต่อมา⁵⁵ เป็นเรื่องเกี่ยวกับการควบคุมการระบาดของโรคโบทูลิซึม 4 ครั้ง ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงเวลาต่างๆ ที่ผู้ให้การดูแลมีความรู้ ประสบการณ์ และความพร้อมที่แตกต่างกัน อีกทั้งเห็นได้ชัดถึงการสะสมความรู้ที่เกิดขึ้นในชุมชนนักระบาดวิทยา สามารถนำมาช่วยแก้ปัญหาได้อย่างทันที่

⁵⁵ วิทยา สวัสดิวุฒิพงศ์: ตัวอย่างการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในโรงพยาบาล ตอน 2 การควบคุมการระบาดของโรคโบทูลิซึม, วารสารวิชาการสาธารณสุข 2549; 15 : 831 - 838.

การระบาดที่พบครั้งแรกในปี 2540 ผู้ป่วยรายแรกเสียชีวิตโดยที่ผู้ดูแลไม่ได้สังเกต อาการผิดปกติทางระบบประสาทในขณะที่ดูแล แต่ทำให้แพทย์ผู้ดูแลรักษาเชื่อมโยงกับโรคโบทูลิซึม มีการปรึกษาที่มงานระบาดวิทยา นำมาสู่การดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจากหมู่บ้านเดียวกันอย่างใกล้ชิดมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยที่เหลืออีก 5 รายไม่มีใครเสียชีวิต การตรวจครั้งนั้นพบเพียงเชื้อ Clostridium sp. ในหน่อไม้อัดปิ้งจากแหล่งที่ผู้ป่วยซื้อมารับประทาน แต่ขณะนั้นไม่สามารถตรวจหาเชื้อ botulinum ได้ ทำให้ไม่สามารถยืนยันการวินิจฉัยโรคได้

การระบาดครั้งที่ 2 ในปี 2541 ที่มงานระบาดวิทยาดำเนินการสอบสวนโรคอย่างรวดเร็ว มีการส่งเชื้อไปตรวจที่อเมริกา รวมทั้งติดตามว่าสารพิษเข้าไปในหน่อไม้อัดปิ้งได้อย่างไร รายงานการสอบสวนและควบคุมโรคครั้งนี้ได้รับรางวัล John Snow Award ในการประชุมที่สหรัฐอเมริกา

การระบาดครั้งที่ 3 ในปี 2548 และครั้งที่ 4 ในปี 2549 มีการใช้ความรู้จากการระบาดใน 2 ครั้งแรกมาช่วยในการวินิจฉัย และสอบสวนโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครั้งที่ 4 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดนั้น ผู้ป่วย 20 รายแรกได้รับการวินิจฉัยที่โรงพยาบาลชุมชน โดยที่มงานระบาดวิทยาซึ่งกำลังปฏิบัติงานอยู่ที่นั่น และได้รับความร่วมมืออย่างกว้างขวางจากทุกภาคส่วน ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตเลยทั้งที่เป็นการระบาดใหญ่และมีผู้ป่วยไม่น้อยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

เรื่องเล่านี้แสดงให้เห็นการสะสมความรู้ที่เกิดขึ้นในชุมชนเล็กๆ แต่มีบทบาทกว้างขวาง และสามารถเข้าถึงเหตุการณ์ที่มีการระบาดของโรคได้อย่างทันท่วงที ทำให้ประสบการณ์จากเหตุการณ์ในครั้งแรกๆ ถูกนำมาใช้ประโยชน์ในการจัดการกับสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพในครั้งหลังๆ

โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีประสบการณ์ในการจัดการกับปัญหาและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ มากมาย แต่ประสบการณ์เหล่านี้มักจะจำกัดอยู่เฉพาะภายใน ไม่มีการแลกเปลี่ยน ไม่ได้มีโอกาสนำไปใช้ประโยชน์ในโรงพยาบาลอื่นๆ เนื่องจากขาดตัวกลางหรือกลไกที่จะนำความรู้เหล่านี้ไปเผยแพร่ขยายผลต่อไป หากโรงพยาบาลเปิดพื้นที่เพื่อรวบรวมองค์ความรู้ ที่ได้จากประสบการณ์ในการจัดการปัญหาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ หรือกระบวนการและวิธีการทำงานที่มีประสิทธิภาพ แล้วนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลก็จะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานมากยิ่งขึ้น

ว่าด้วยเวชระเบียน

มองระบบงานผ่านเวชระเบียน⁵⁶

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

เมื่อพูดถึงการทบทวนเวชระเบียน ส่วนใหญ่มักจะนึกถึงความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ขณะนี้ พรพ.กำลังชักชวนให้ทีมงานหันมาสนใจการทบทวนเวชระเบียนเพื่อหาโอกาสพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยด้วยวิธีการที่เรียกว่า Triggered Chart Review หรือการทบทวนเวชระเบียนที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด

นอกจากนั้น การทบทวนเวชระเบียนยังอาจจะทำให้เราเห็นจุดอ่อนของระบบงาน ซึ่งไม่ได้เป็นความผิดพลาดของใครคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นเพราะการออกแบบที่ไม่ดี ทำให้เกิดความหละหลวมในการดูแลผู้ป่วย และอาจส่งผลทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควร

ผู้ป่วย stroke รายหนึ่งถูกรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ วันที่คืนดีเกิดมีไข้ขึ้น แพทย์ก็สั่ง investigate และให้ยาต้านจุลชีพ

คำถามแรกที่เกิดขึ้นในใจของผู้ที่รับฟังก็คือ ผู้ป่วยรายนี้เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลขึ้นหรือไม่ แพทย์วินิจฉัยได้หรือไม่ว่าติดเชื้อที่ใด ยาต้านจุลชีพที่แพทย์สั่งมีความเหมาะสมหรือไม่ นั่นอาจจะเป็นคำถามในเชิงมาตรฐานวิชาชีพ

มาตรฐานโรงพยาบาลที่เน้นการมองระบบงาน ทำให้เกิดคำถามว่ามีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยรายนี้หรือไม่ การตัดสินใจติดเชื้อในโรงพยาบาลใช้เกณฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่ ถ้าติดเชื้อจริงมีการนำข้อมูลไปประมวลผลและใช้ประโยชน์อย่างไร

เมื่อทบทวนเวชระเบียนในผู้ป่วยรายนี้ พบว่ามีแบบฟอร์มการเฝ้าระวังการติดเชื้อสอดอยู่ในชาร์ทพร้อมด้วยข้อมูลที่จัดบันทึกไว้มากมาย เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การสั่งใช้ยา แต่ไม่มีการสรุปว่าผู้ป่วยรายนี้มีการติดเชื้อหรือไม่ สิ่งที่เราสามารถสะท้อนให้เห็นประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังได้ดี ซึ่งเมื่อทีมนำมาพูดคุยกันต่อ ก็จะเริ่มเห็นปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การสื่อสารระหว่างทีมที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรงกับทีมที่เฝ้าระวังการติดเชื้อ ต่างฝ่ายต่างไม่ทราบว่ามีอีกฝ่ายหนึ่งกำลังคิดอะไร และทำอะไรอยู่

เมื่อสมมติต่อไปว่าผู้ป่วยรายนี้ได้รับการตัดสินใจมีการติดเชื้อในโรงพยาบาลจากทีม IC ถามว่าจะมีข้อมูลหรือบันทึกอะไรในเวชระเบียนหรือไม่ว่าทีม IC ได้สรุปไว้อย่างไร คำตอบส่วนใหญ่ก็คือไม่มี เพราะทีม IC ได้ดึงเอาแบบฟอร์มเฝ้าระวังออกไปจากเวชระเบียนผู้ป่วยแล้ว เกิดคำถามขึ้นว่าถ้าเวชระเบียนมีเป้าหมายเพื่อการสื่อสารข้อมูล และใช้ประโยชน์ในการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแล้ว เราควรจะทำอย่างไรเพื่อให้เวชระเบียนสามารถใช้ประโยชน์ในการสื่อสารที่สมบูรณ์ขึ้น และใช้ประโยชน์ในการทบทวนประสิทธิภาพของระบบงานได้ด้วย

ในผู้ป่วยรายเดียวกันนี้แพทย์ได้สั่งยาต้านจุลชีพและสั่งให้ยาทันที (stat) ถ้าผู้ป่วยมีการติดเชื้อจริง ความรวดเร็วในการได้รับยาต้านจุลชีพน่าจะมีความหมายต่อผลลัพธ์ของการ

⁵⁶ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 8 ฉบับที่ 194 (1-15 พฤศจิกายน 2550)

ดูแล เมื่อพยายามดูในแง่ความรวดเร็ว จะพบปัญหาว่าทั้งแพทย์และพยาบาล ไม่มีใครบันทึกเวลาของการสั่งยาและการรับคำสั่งได้เลย นี่คือปัญหาของระบบการบันทึกเวชระเบียนที่ไม่ค่อยได้รับการใส่ใจ ด้วยเหตุผลว่าเรามีภาระงานมาก ไม่มีเวลาพอที่จะเขียนบันทึกเวลา

เราอาจจะพบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยานั้นล่าช้าไปกว่าที่แพทย์คาดหวังมาก โดยที่แพทย์ไม่เคยรู้ว่าเมื่อตนสั่งยาไปแล้ว ผู้ป่วยได้รับยาเมื่อไร แพทย์มักจะคาดหวังว่าการสั่ง stat นั้นคือผู้ป่วยควรจะได้รับยาโดยเร็วที่สุด แต่ระบบต่างๆ ที่วางไว้ซึ่งต้องไปเกี่ยวข้องกับหลายฝ่าย และมีเป้าหมายของความรัดกุมอีกหลายประการ อาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาอย่างรวดเร็วตามที่แพทย์คาด

หากมีการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เพาะเชื้อ) เพื่อหาเชื้อที่ก่อโรค เราก็สามารถติดตามได้ว่าการรายงานผลในเวลาที่เหมาะสมหรือไม่ มีการนำรายงานผลมาใส่ไว้ในเวชระเบียนหรือไม่ และที่สำคัญที่สุดก็คือ มีการใช้ผลนั้นในการปรับการรักษาให้เหมาะสมหรือไม่

จะเห็นว่า การทบทวนเวชระเบียนเพียงฉบับเดียว ทำให้เราเห็นความเป็นจริงของระบบงานที่เราต้องทำงานด้วยมายมายหลายระบบ

หากเราทบทวนเวชระเบียนด้วยแว่นของความงดงาม เราจะมีความสุขที่ได้เห็นโอกาสพัฒนาระบบงานต่างๆ ซึ่งเมื่อเกิดการพัฒนานั้นแล้วจะเกิดความมั่นใจและความสบายใจสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

มาถอดแว่นดำที่เราใช้มองเวชระเบียนกันอยู่ แล้วแทนที่ด้วยแว่นแห่งสุนทรีย์ภาพกันเถอะ

เวชระเบียน มีเรื่องให้เล่นอีกมาก⁵⁷

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

เวชระเบียนกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเป็นของคู่กัน ใครๆ ก็ยอมรับ
เมื่อก่อนนี้ มักจะมีการพูดกันว่า บันทึกเวชระเบียนของเรามักจะไม่สมบูรณ์ ทำให้
ประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจากเวชระเบียนได้ยาก

ที่ผ่านมาเรามุ่งเน้นพัฒนาความสมบูรณ์ของเวชระเบียนกันมาก มีการกำหนดเกณฑ์
ประเมินความสมบูรณ์ในองค์ประกอบต่างๆ ทำให้เราพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนขึ้นมาได้
ระดับหนึ่ง แต่ก็ยังไม่ถึงความสมบูรณ์ตามที่ต้องการ

เราควรจะทำให้อยู่กับเรื่องความสมบูรณ์ของการบันทึก หรือควรจะสนใจในแง่มุมอื่นๆ
ของเวชระเบียนเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจจะมาช่วยเติมเต็มให้กับความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

ตัวอย่างแง่มุมอื่นๆ ที่สามารถนำมาเล่นกับเวชระเบียนได้ เช่น

1. **บันทึกที่เหมาะสมกับความซับซ้อนของโรค** เมื่อเราเก่งขึ้นเราก็สามารถรักษาโรค
ยากๆ ได้มากขึ้น โรคยากๆ ก็จะมี ความเกี่ยวพันกับปัญหาหลายๆ เรื่อง เกี่ยวข้องกับหลาย
อวัยวะในร่างกาย มีความยืดเยื้อ ยิ่งมีการให้ intervention ที่หลากหลาย การตอบสนองก็ยิ่งยาก
ที่จะคาดเดาว่าเกิดจากอะไรบ้าง

บันทึกที่อาศัยการเขียนเป็นการบรรยายก็ดี เป็นการสรุปประเด็นลงในตารางก็ดี เป็น
เสมือนการฉายภาพเหตุการณ์ไปตามช่วงเวลา ซึ่งมีข้อจำกัดในการทำความเข้าใจ เนื่องจากเรา
บันทึกเหตุการณ์ได้ทีละอย่าง แต่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกิดขึ้นพร้อมกันหลายๆ อย่าง เราบันทึก
ตามลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และอาจจะไม่สามารถเชื่อมโยงกับที่มาของเหตุการณ์
ดังกล่าวได้ กล่าวโดยสรุปก็คือ บันทึกที่เป็นอยู่ไม่อาจสะท้อน conceptual framework ของ
ปัญหาผู้ป่วยในภาพรวมได้

เราจะก้าวไปให้พ้นจากข้อจำกัดของการบันทึกแบบเส้นตรงได้อย่างไร

2. **บันทึกความคิดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล** ทุกวันนี้สิ่งที่เรามุ่งเน้นบันทึกคือ
เหตุการณ์ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ข้อมูลทั้ง subjective และ objective ที่เกิดขึ้นกับ
ผู้ป่วย กิจกรรมการดูแลและแผนการดูแล

ในระหว่างที่ดูแลผู้ป่วยนั้น ผู้ให้การดูแลต้องตัดสินใจเลือกทางเลือกนับครั้งไม่ถ้วน ผล
ของการเลือกจะปรากฏออกมาในรูปของการประเมินสภาวะของผู้ป่วย คำสั่งหรือแผนการรักษา
หลายครั้งที่มีการตัดสินใจผิดพลาด แต่เราก็สามารถแก้ไขได้ในภายหลังหากมีข้อมูลใหม่ๆ
เกิดขึ้น บางครั้งก็แก้ไขไม่ทัน กลายเป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้นกับผู้ป่วย อาจเกิดการ
ฟ้องร้องขึ้นมาว่าเราให้การดูแลอย่างไม่เหมาะสม

⁵⁷ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 8 ฉบับที่ 185 (1-15 กรกฎาคม 2550)

ผู้ที่มาคุยย้อนหลัง มักจะมองได้ทะลุปรุโปร่งว่าเกิดการตัดสินใจผิดพลาดหรือล่าช้าขึ้น ในช่วงใดของกระบวนการดูแล เรียกว่า high sight bias ในขณะที่ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์นั้นมองไม่ออก เนื่องจากตกอยู่ท่ามกลางข้อมูลมากมายมหาศาลที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน ตกอยู่ในความไม่แน่นอนจำนวนมาก จนไม่อาจหาสูตรคำนวณผลรวมของความไม่แน่นอนได้นอกจากใช้ประสบการณ์เป็นตัวช่วยในการตัดสินใจ

ทางออกที่จะช่วยป้องกันการตกเป็นจำเลยของความไม่รับผิดชอบหรือความอ่อนด้อยในมาตรฐานวิชาชีพ คือการที่เราบันทึกสิ่งที่คิดว่าเกี่ยวข้องกับความเป็นไปได้ต่างๆ และเหตุผลที่เลือกตัดสินใจอย่างนั้น

บางท่านอาจจะบอกว่าแค่ progress note ธรรมดายังไม่มีปัญหาเขียน แล้วจะเขียนความคิดดังที่ทำได้อย่างไร บางทีข้อเสนอที่ท้าทายนี้อาจจะมีแรงจูงใจให้เกิดการเขียน progress note ในรูปแบบใหม่ ที่ผู้เขียนเห็นคุณค่ามากกว่าวิธีเดิมๆ ที่เขียนกันมาอยู่ก็เป็นได้

3. บันทึกที่เพื่อนร่วมงานอยากอ่าน ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการดูแลโดยหลายวิชาชีพ อย่างน้อยก็แพทย์และพยาบาล แต่ละคนก็มีมุมมองและมีหน้าที่ที่แตกต่างกันไป เป็นที่น่าแปลกที่ความแตกต่างนั้นแบ่งแยกความเป็นหนึ่งเดียวของผู้ป่วยออกไปจนแทบจะหมดสิ้น ทั้งที่พยาบาลดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา มีข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยมากมาย แต่บันทึกของพยาบาลกลับไม่เป็นที่อยากอ่านของแพทย์ หรือทั้งที่แพทย์มีข้อมูลเกี่ยวกับการวิเคราะห์สภาวะของผู้ป่วยซึ่งมีความสำคัญสูงต่อความเป็นความตาย หรือต่อการหายจากการเจ็บป่วย แต่พยาบาลกลับไม่ได้ใช้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย

เราจะก้าวไปจากสภาวะที่แบ่งแยกความเป็นหนึ่งเดียวของผู้ป่วยได้อย่างไร หนทางเดียวที่จะช่วยได้คือเราต้องมาคุยกันให้มากขึ้น ในจุดเล็กๆ ที่ทำงานร่วมกัน ซึ่งฝรั่งเรียกว่า clinical microsystem ทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในหน่วยนั้น อาจจะรวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวด้วย มาร่วมปรึกษากันว่าข้อมูลประเภทใดที่เราปรารถนาจะได้รับจากเพื่อนร่วมงานในสาขาวิชาชีพอื่น และเราจะตอบแทนให้สิ่งที่เพื่อนของเราปรารถนาได้อย่างไร ในกระบวนการเสวนานี้ จะต้องมีทั้งสมดุลของสิ่งที่หยิบยื่นให้แก่กัน และการชำระเอกลักษณ์ของวิชาชีพไว้อย่างมีเหตุผล

4. บันทึกที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ระหว่างการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีเรื่องราวมากมายที่อยากจะบอกเล่าให้แพทย์ พยาบาล ญาติ ผู้มาเยี่ยม ได้รับทราบ เป็นทั้งความรู้สึกเกี่ยวกับความไม่สบายของตนเอง ความต้องการต่างๆ ทั้งเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และที่ไม่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความรู้สึกต่อการปฏิบัติที่ได้รับ ฯลฯ แม้ว่าจะมีผู้ป่วยและครอบครัวจำนวนไม่มากนัก ที่จะสามารถจัดทำบันทึกในลักษณะนี้ขึ้นมาได้ แต่ก็น่าสนใจหากโรงพยาบาลจะเปิดโอกาสตรงนี้ขึ้น และอาจจะก้าวไปสู่การมีผู้มีจิตอาสาช่วยในการถ่ายทอดเรื่องราวของผู้ป่วยสำหรับผู้ที่ไม่สามารถจดบันทึกได้ด้วยตนเอง

กระดาษที่บันทึกออกจากห้องผู้ป่วยวันละแผ่น อาจจะมีคุณค่าในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างที่เรานึกไม่ถึง

5. **บันทึกด้วยภาพ** แทนจะเป็นประเพณีที่เราจะพยายามอธิบายลักษณะการเกิดรอยโรคต่างๆ ออกมาเป็นตัวหนังสือ ซึ่งนับว่าเป็นความสามารถพิเศษของพวกเรา บางครั้งก็มีการวาดภาพประกอบ เมื่อมาถึงยุคเทคโนโลยีดิจิทัล เราใช้เทคโนโลยีเหล่านี้มากมายเพื่อความบันเทิง เพื่อความสุขของชีวิตส่วนตัว แต่เรากลับใช้มันน้อยมากในการบันทึกสิ่งที่เราเห็นจากผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงซึ่งสามารถเปรียบเทียบได้ เทคโนโลยีมีรออยู่แล้ว รอแต่ว่าเมื่อไรเราจะมีจินตนาการและวิสัยทัศน์ที่จะนำมาใช้

6. **เรียนรู้จากเวชระเบียน** ค้นหาความเสี่ยง จุดอ่อน ช่องว่าง โอกาสพัฒนาในกระบวนการดูแลผู้ป่วยจากการทบทวนเวชระเบียน ไม่ต้องเจาะลึกให้มากเกินไป มองจากปลายทางหรือผลลัพธ์ที่ยังไม่ได้ตั้งใจ แล้วย้อนกลับไปหาทางปรับปรุงระบบหรือกระบวนการที่เกี่ยวข้อง

7. **มาเริ่มต้นจากศูนย์กันดีไหม** วันนี้เวชระเบียนของโรงพยาบาลต่างๆ มีเอกสารมากมาย จนถึงขั้นที่มากมายเกินจำเป็น จนบางครั้งเราลืมหูลืมตาถึงวัตถุประสงค์หลักของการมีเวชระเบียนไปแล้ว เรามีแต่เพิ่มแบบฟอร์มเข้ามาเรื่อยๆ โดยไม่มีการตัดออก กลายเป็นสิ่งรุงรังที่ไม่เกิดประโยชน์ ทำให้สิ่งที่ควรเป็นหลักสำคัญของเวชระเบียนจมหายไปอยู่ในปีกระดาษที่ไม่พบ

การเริ่มต้นจากศูนย์คือการล้างบางเอกสารทั้งหมดที่มีอยู่ แล้วมาเริ่มต้นกันใหม่ว่าบันทึกที่จำเป็นจริงๆ ในการดูแลผู้ป่วยมีอะไรบ้าง เริ่มจากเท่าที่จำเป็นจริงๆ ก่อน จะเหลืออยู่เท่าไร ที่ไม่จำเป็นนั้นไม่ต้องเสียดาย ลองเลิกบันทึกดูสักพักหนึ่งว่ามีใครเดือดร้อนอะไรด้วยไหม เวลาที่ได้กลับคืนมาจากการไม่ต้องทำเอกสารที่ไม่เกิดประโยชน์ อาจจะทำให้เราได้กลับมาอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากขึ้น

อย่าอย่าทำอยู่กับที่อยู่เลย มาหาเรื่องที่น่าสนุกและน่าตื่นเต้นทำกันดีกว่า

ว่าด้วยเรื่องยา

ยา..อย่าหยุดแค่เฝ้าระวัง⁵⁸

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ทุกโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาคุณภาพ จะวางระบบเพื่อเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา บางโรงพยาบาลก็ทำกันมาหลายปี ตัวเลขก็ขึ้นๆ ลงๆ เมื่อพบปัญหา ก็ลงไปวิเคราะห์หาสาเหตุและแก้ไขกันไป บางโรงพยาบาลเริ่มรู้สึกว่าการทำอะไรที่มีคุณค่าน้อยลงไป อยากรู้ว่าควรจะทำอะไรเพิ่มเติมอีก

จริงอยู่ว่าการเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยามีความจำเป็นที่จะทำให้เราทราบว่าการระบบของเรามีปัญหาอย่างไร แต่ก็ทราบได้เพียงเข้าใจถึงความจริงเท่านั้น สิ่งที่เรามาได้มาเพียงบางส่วนของปัญหา ยังไม่ใช่ปัญหาทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าไม่มีการเชื่อมโยงไปสู่ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ต่อไปนี่คือสิ่งที่ควรพิจารณาดำเนินการเพื่อเพิ่มคุณค่าให้แก่ระบบยาของโรงพยาบาล

1. ในการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา ควรสร้างความน่าเชื่อถือให้มากขึ้น และควรเชื่อมโยงกับระดับความรุนแรงของผลไม่พึงประสงค์จากยา (ADE) ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย มิฉะนั้นเราจะได้แต่ตัวเลข แต่ไม่เกิดประโยชน์ในการป้องกันปัญหา การเพิ่มความน่าเชื่อถือ อาจจะต้องหาวิธีการศึกษาหรือเก็บข้อมูลจากหลายๆ แหล่งมาประกอบ เช่น การประเมินด้วยความรู้สึกรู้สึกของผู้ปฏิบัติงาน ไปจนถึงการตรวจสอบข้อมูลที่บันทึกไว้อย่างละเอียด ไปจนถึงการออกแบบศึกษาวิจัยที่รัดกุมและสุ่มตัวอย่าง ขณะเดียวกันต้องตั้งคำถาม “ทำไม” อยู่ตลอดเวลา เพื่อป้องกันการติดกับของรายละเอียด ดังตัวอย่างการถกเถียงกันในเรื่องการสั่งยา stat dose ว่าจะต้องให้ผู้ป่วยได้รับในเวลาเท่าไร หากไม่ได้พิจารณาไปถึงเป้าหมายว่าผู้ป่วยที่สมควรได้รับยาแรงต่อนั้น ได้รับยาในเวลาที่เหมาะสมหรือไม่ การถกเถียงกันนั้นก็อาจจะไม่เกิดประโยชน์เท่าที่ควร

2. พิจารณาโอกาสเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาที่เกิดขึ้นในบริบทต่างๆ ซึ่งจะไม่พบจากการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา เช่น การใช้ยา aminoglycoside ในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยไตล้มเหลว อาจนำไปสู่ภาวะไตวายได้หากไม่มีการปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ทีมงานควรร่วมกันวางระบบที่จะเฝ้าระวังการใช้ยาเหล่านี้ หรือหาระบบที่จะตรวจพบปัญหาที่มีความไว โรงพยาบาลต่างๆ มีความคุ้นเคยกับเรื่องนี้อยู่แล้วในชื่อ high alert drug แต่ชื่อนี้ก็อาจจะทำให้เราติดกับ สนใจแต่เฉพาะยาในบัญชี high alert drug เท่านั้น ละเลย

⁵⁸ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 7 ฉบับที่ 153 (1-15 มีนาคม 2549)

โอกาสที่จะนำประสบการณ์และความรู้ในสาขาเฉพาะของตนมาใช้ตรวจจับปัญหาและป้องกันผลไม่พึงประสงค์จากยา

3. ศึกษาให้เข้าใจความสัมพันธ์ของคนกับโลกรอบตัวเพื่อนำไปสู่การออกแบบระบบงานที่มีเอื้อต่อการทำงานที่มีปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ศาสตร์นี้เริ่มจากความรู้อันล้ำลึกของวิศวกรรม เรียกว่า Human Factor Engineering เป็นการออกแบบทางวิศวกรรมที่ตอบสนองข้อจำกัดของมนุษย์ในด้านกายภาพ การรับรู้ ความทรงจำ ไปจนถึงการตัดสินใจต่างๆ เครื่องมือง่ายๆ อันหนึ่งเรียกว่า cognitive walkthrough คือการที่ให้ผู้ทำงานในระบบเรื่องอะไรก็ได้ คิดและบ่นออกมาดังๆ ในระหว่างที่ทำงานนั้น พร้อมกับการบันทึกไว้อย่างละเอียด เช่น ตั้งใจจะทำอะไร อยากจะได้อะไร จะไปเอาจากที่ไหน ต้องตรวจสอบด้วยการดูอะไรบ้าง สิ่งที่ได้นั้นตรงความต้องการหรือไม่ มีอะไรที่ขัดข้องใจระหว่างการทำงาน ฯลฯ ข้อมูลที่ได้นี้จะเป็ประโยชน์มากในการออกแบบเครื่องมือ แบบฟอร์ม การจัดวาง การเขียนฉลาก ขั้นตอนการทำงาน จะช่วยให้เราตัดสินใจในการวิเคราะห์สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับระบบ และช่วยให้ผู้ปฏิบัติงาน ไม่ถูกกล่าวหา กล่าวโทษ หรือเป็นเป้าของการปรับปรุง

4. วางระบบ **drug reconciliation** ขึ้นในการดูแลผู้ป่วย reconcile แปลว่าการเจรจาต่อรอง แต่ในที่นี้เป็นกระบวนการระบุรายการยาที่ถูกต้องที่สุดที่ผู้ป่วยกำลังได้รับ (ระบุชื่อยา ขนาดยา ความถี่ วิธีให้ยา) และใช้บัญชีนี้เพื่อให้ยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยในทุกจุด โดยจะต้องมีการตรวจสอบกับคำสั่งแพทย์เมื่อแรกรับ จำหน่าย หรือย้ายหอผู้ป่วย ขั้นตอนสำคัญประกอบด้วย การเก็บข้อมูลประวัติการใช้ยา (verify), การทำความเข้าใจเกี่ยวกับยา ขนาดยา และความถี่ (clarify), และการบันทึกเหตุผลที่ไม่มีการสั่งยาหรือเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยา (reconcile) เหตุผลที่มาตราการนี้มีความสำคัญก็เพราะความคลาดเคลื่อนทางยาครั้งหนึ่ง และผลไม่พึงประสงค์จากยาหนึ่งในห้า เกิดจากการสื่อสารที่ไม่ดีในช่วงเปลี่ยน setting การดูแลผู้ป่วย

5. ใช้แบบประเมินตนเองเรื่องระบบยาที่ปลอดภัย ซึ่งจัดทำขึ้นโดย Institute of Safe Medication Practice (มีการแปลไว้ในเอกสารประกอบการประชุม HA National Forum ครั้งที่ 4 เมื่อ พ.ศ. 2546 และทางสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลแห่งประเทศไทยได้นำมาทบทวนเมื่อเร็วๆ นี้) และพิจารณาเลือกมาตรการที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติมาดำเนินการ

แบบประเมินตนเองชุดนี้มีทั้งหมด 194 ข้อ แบ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญ 10 หมวด ดังนี้

1) ข้อมูลของผู้ป่วย: มีระบบให้ผู้ให้บริการสุขภาพได้รับข้อมูลเฉพาะตัวผู้ป่วยและข้อมูลข่าวสารทางคลินิก รวมทั้งข้อมูลความเป็นไปของการเจ็บป่วย เพื่อประเมินผลของยาและกระบวนการของโรคที่เป็นอยู่

2) ข้อมูลด้านยา: มีข้อมูลข่าวสารด้านยาที่เป็นปัจจุบันซึ่งผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย

- 3) การสื่อสารคำสั่งใช้ยาและข้อมูลข่าวสารด้านยาอื่นๆ: ขจัดอุปสรรคและความบกพร่องในการสื่อสารคำสั่งใช้ยาและข้อมูลข่าวสารอื่นๆ
- 4) การเขียนฉลาก การบรรจุหีบห่อ และการเรียกชื่อยา: มีความชัดเจน ไม่สับสน
- 5) มาตรฐานยา การเก็บ การกระจายยา: ลดการเก็บยาไว้ที่หน่วยดูแลผู้ป่วย จำกัดการเข้าถึงยาที่มีโอกาสเกิดอันตราย และจ่ายยาจากแผนกเภสัชกรรมให้ทันเวลาที่ต้องการ
- 6) การจัดหา ใช้ และติดตามอุปกรณ์การให้ยา: ป้องกันอันตรายจาก infusion pump
- 7) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม: ควรเอื้อต่อการมีสมาธิในการทำงาน และไม่เกิดความเครียด
- 8) ความรู้ความสามารถและการศึกษาของเจ้าหน้าที่
- 9) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย: ให้สามารถปกป้องตนเองจากความคลาดเคลื่อน
- 10) กระบวนการคุณภาพและการบริหารความเสี่ยง: สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ปลอดภัยจากการลงโทษ ค้นหาข้อบกพร่องเชิงระบบที่ได้ผล มีจุดตรวจสอบที่จำเป็นและง่ายต่อการปฏิบัติโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับจุดที่มีความเสี่ยงสูง

ยิ่งมากโรคก็ยิ่งมากยา ยิ่งมากยากก็ยิ่งมากความผิดพลาด

ความผิดพลาดส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในช่วงการเปลี่ยนแปลงสถานที่รักษา จากบ้านมาอยู่โรงพยาบาล จากหอผู้ป่วยหนึ่งไปอีกหอหนึ่ง และจากโรงพยาบาลกลับไปบ้าน

ผู้ป่วยวันโรคซึ่งเคยกินยาอยู่ที่บ้าน เมื่อมาอยู่โรงพยาบาลด้วยโรคอื่น อาจจะไม่ได้รับยารักษาในช่วงนั้นและทำให้การรักษาวันโรคไม่ได้ผล เป็นตัวอย่างของปัญหาการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้นได้

เพื่อลดความผิดพลาดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงนี้ ก็มีมาตรการซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าได้ผลและสมควรปฏิบัติ เรียกว่า Medication Reconciliation เพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับยาที่ถูกต้องตรงตามความตั้งใจของผู้สั่งใช้ มาตรการนี้สามารถลดความผิดพลาดเคลื่อนทางยาได้ร้อยละ 70 และลดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ร้อยละ 15

Reconcile ตามพจนานุกรมแปลว่า การกลับคืนดีกัน ทำความปรองดอง ไกลเกลียดสมาน ลงรอยกัน ในที่นี้ย่อมาจะให้ความหมายง่ายๆว่า เป็นการเจรจาต่อรองกันเพื่อหาข้อยุติ

Medical Reconciliation เป็น 1 ใน 9 ของ WHO Patient Safety Solution และปรากฏอยู่ในมาตรฐาน HA ฉบับใหม่

Medical Reconciliation เป็นกระบวนการที่เป็นทางการในการ (1) จัดทำบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับที่บ้านอย่างสมบูรณ์และถูกต้อง ประกอบด้วย ชื่อยา ขนาดยา ความถี่ และวิธีการใช้ (2) มีการนำบัญชียาไปใช้เมื่อจะเขียนคำสั่งใช้ยาในช่วงแรกรับ การย้ายหอผู้ป่วย และการจำหน่าย (3) มีการเปรียบเทียบบัญชียากับคำสั่งการใช้ยาเมื่อแรกรับ ย้ายหอผู้ป่วย และจำหน่าย เพื่อตรวจสอบความแตกต่างและปรับเปลี่ยนคำสั่งใช้ยาถ้าจำเป็น

หลักการพื้นฐานของมาตรการนี้อยู่ที่ว่า (1) การใช้ยาอย่างปลอดภัยจำเป็นต้องรู้ว่าผู้ป่วยกำลังได้รับยาอะไรอยู่ เพื่อป้องกันการหยุดใช้ การใช้ที่ซ้ำซ้อน การใช้ขนาดยาที่ไม่เหมาะสม และโอกาสเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาตัวใหม่ (2) การจัดทำและสื่อสารประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยยาเป็นสิ่งจำเป็นในการลดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงสถานที่รักษา

การทำ medical reconciliation ที่ได้ผลประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้

1. เมื่อแรกรับผู้ป่วย มีการจัดทำประวัติการใช้ยาหรือบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับทั้งหมดก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีรายละเอียดทั้ง ชื่อยา ขนาดยา ความถี่ วิธีใช้ และการได้รับยาครั้งสุดท้าย เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับกระบวนการ reconciliation ตั้งแต่แรกรับ

⁵⁹ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 8 ฉบับที่ 192 (1-15 ตุลาคม 2550)

จนจำหน่าย บัญชีนี้อาจเรียกว่า Home Medication List หรือ “Best Possible Medication History” (BPMH)

โดยปกติพยาบาลจะมีการซักประวัติการใช้ยาอยู่แล้ว แต่บันทึกอยู่ในแบบบันทึกของพยาบาล หากสามารถจัดทำบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับไว้เป็นเอกสารสำคัญแผ่นที่สอง (แผ่นแรกคือ problem list) ในเวชระเบียนผู้ป่วยได้ จะช่วยให้กระบวนการนี้ง่ายขึ้นมาก

2. เปรียบเทียบประวัติการใช้ยากับคำสั่งยาแรกรับ (admission medication orders-AMO) ถ้าพบที่มีความแตกต่างซึ่งไม่มีคำอธิบายหรือเหตุผลบันทึกไว้ พยาบาล เกสัชกร ร่วมกับแพทย์จะต้องมาเจรจาต่อรอง (reconcile) เพื่อหาข้อสรุปว่าจะยืนยันความแตกต่าง (ซึ่งต้องมีเหตุผล) หรือจะปรับคำสั่งใช้ยา

หากมีเหตุผลที่จะสั่งใช้ยาที่แตกต่างไปจากที่ผู้ป่วยเคยได้รับ จะต้องมีการบันทึกเหตุผลนั้นไว้ด้วย

เมื่อได้ข้อสรุปแล้ว พยาบาลจึงจะรับคำสั่งการใช้ยา และมีการจัดทำบันทึกการใช้ยา (Medication Administration Record – MAR) ซึ่งเป็นแบบฟอร์มอีกชุดหนึ่ง

ประเด็นที่ควรพิจารณาคือจะทำให้กระบวนการนี้ใช้เวลาน้อยที่สุดอย่างไร โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน

3. การเจรจาต่อรองเพื่อหาข้อสรุปในเรื่องคำสั่งใช้ยาและยาที่ผู้ป่วยได้รับ จะต้องเกิดขึ้นทุกครั้งเมื่อมีการย้ายหอผู้ป่วย

4. เมื่อจำหน่าย จะต้องมีการเปรียบเทียบประวัติการใช้ยาที่บ้าน การใช้ยาที่เริ่มได้รับจากการนอนโรงพยาบาล กับยาที่ผู้ป่วยจะได้รับกลับไปกินที่บ้าน เพื่อให้มั่นใจว่าการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดจากความตั้งใจของแพทย์เจ้าของไข้ และมีการปรับแก้ความแตกต่างก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วย นั่นคือเปรียบเทียบประวัติการใช้ยาที่บ้าน, บันทึกการใช้ยาใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา และคำสั่งใช้ยาเมื่อจำหน่าย

ผลลัพธ์ของการเปรียบเทียบและเจรจาต่อรองเรื่องยาก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยนี้ ควรเป็นบัญชีรายการยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยจะต้องใช้ที่บ้านหลังจากที่จำหน่าย รวมทั้งคำแนะนำในการใช้ยา บัญชีรายการนี้อาจเรียกว่า “Best Possible Medication Discharge Plan” (BPMDP)

5. เมื่อจำหน่ายผู้ป่วย ควรมีการสื่อสารบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ที่บ้านให้กับผู้ป่วย และสถานบริการใกล้บ้านที่จะต้องดูแลผู้ป่วยต่อ

ตัวอย่างแบบบันทึกประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย และใช้เพื่อตรวจสอบกับคำสั่งของแพทย์

LIST BELOW ALL OF THE PATIENT'S MEDICATIONS PRIOR TO ADMISSION INCLUDING OTC AND HERBAL MEDS
NEW MEDICATIONS OR MEDICATION CHANGES SHOULD BE WRITTEN ON ADMISSION ORDERS

Source of Medication list: (check all used)

Patient medication list

Patient/Family recall

Pharmacy

Primary care physician list / PCHIS

Previous discharge paperwork

Medication Administration Record from facility

Other: _____

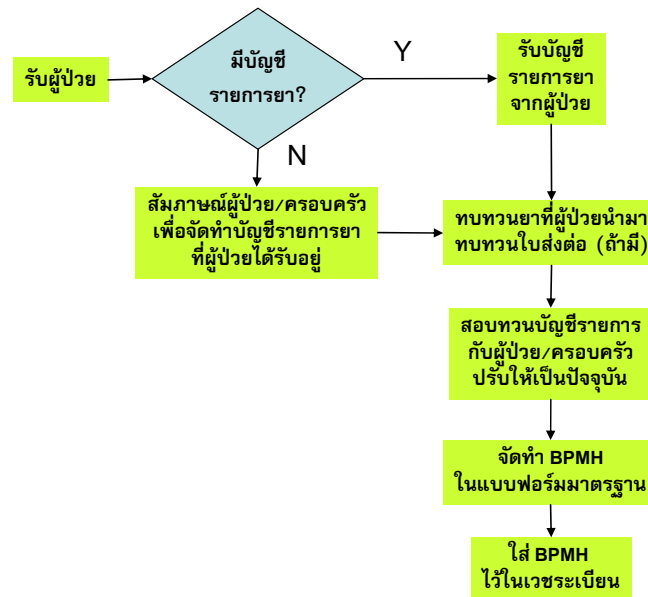
CHECK HERE IF THIS IS AN ADDENDUM TO OR REVISION OF PREVIOUSLY COMPLETED MEDICATION LIST

MEDICATION HISTORY RECORDED/VERIFIED BY: _____

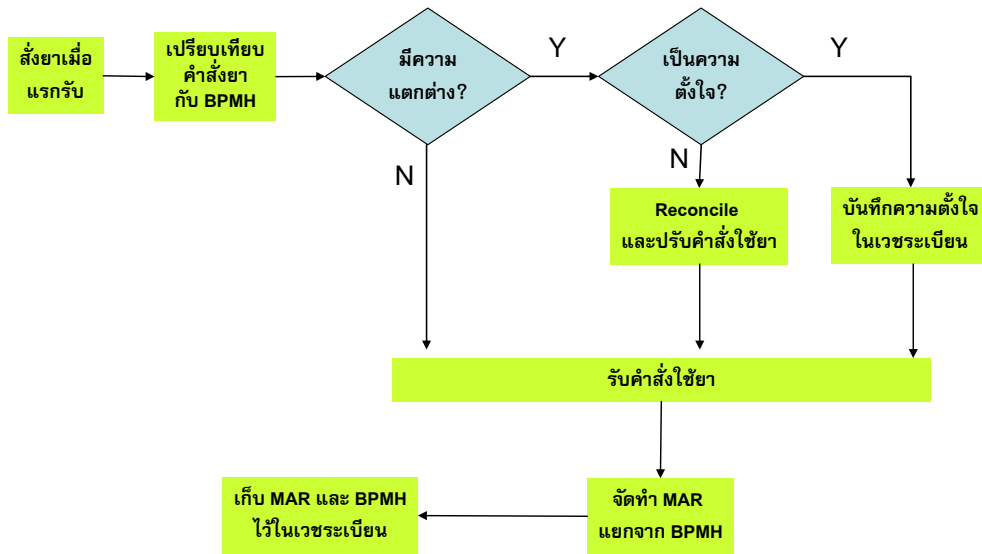
DATE RECORDED: _____

					CIRCLE C to continue OR DC to discontinue				
					PHYSICIAN ORDER		PHYSICIAN ORDER		
					Continue on Admission	Continue on Transfer	COMPLETE On Discharge		
1.					C DC		C DC		
2.					C DC		C DC		

แผนภูมิแสดงกระบวนการจัดทำ Best Possible Medication History



แผนภูมิแสดงกระบวนการเปรียบเทียบและปรับคำสั่งซื้อขายเมื่อแรกรับ



ชิมซ์บจากสรพสิ่ง

หญ้าแฝก ป่าเปียก ธงอรุณ⁶⁰

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ที่ทีมงานของ พรพ. ได้มีโอกาสไปเรียนรู้จากห้องเรียนธรรมชาติที่ศูนย์ศึกษาเพื่อการพัฒนาห้วยทราย จ.เพชรบุรี ห้วยที่เคยมีเนื้อทรายจำนวนมาก แต่เกือบจะกลายเป็นทะเลทราย เนื่องจากการเบียดเบียนธรรมชาติโดยไม่คิดถึงผลระยะยาว แต่ด้วยพระเนตรที่มองไกลของ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทำให้ความสมบูรณ์ของธรรมชาติเริ่มกลับคืนมา อันสามารถวัดได้จากปริมาณเห็ดโคนที่ชาวบ้านมาเก็บไปขายได้ปีละหลายตัน

หญ้าแฝก

หน้าแฝกเป็นหญ้าที่คนไทยรู้จักและใช้ประโยชน์มานานในการทำที่อยู่อาศัย คือเอาใบมามุงหลังคา แต่ไม่ได้ตระหนักในคุณค่าด้านอื่นๆ จนกระทั่งพระองค์ท่านได้ศึกษาคุณค่าของหญ้าแฝกในการอนุรักษ์และบำรุงดิน ช่วยป้องกันการชะล้างของผิวดิน

ก่อนที่ทีมงานของ พรพ. จะได้ลงมือปลูกหญ้าแฝก ก็ได้มีโอกาสเรียนรู้เรื่องราวของหญ้าแฝกมากมาย เช่น ในการขยายพันธุ์หญ้าแฝก เมื่อเลือกเอาต้นหญ้าแฝกมาได้แล้ว จะต้องดึงเอารากซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมากออกให้หมด เพื่อกระตุ้นให้หญ้าแฝกงอกรากใหม่ หรือในการปลูกหญ้าแฝกเพื่อป้องกันการชะล้างของผิวดิน จะต้องปลูกให้ชิดกันพอสมควร ปลูกลดหลั่นกันลงมาอย่างน้อย 3 ชั้น ต้องเรียนรู้ว่าลักษณะของหญ้าแฝกลุ่มกับหญ้าแฝกดอนแตกต่างกันอย่างไร เพื่อนำไปปลูกได้เหมาะสมกับพื้นที่และวัตถุประสงค์

หญ้าแฝกเปรียบเสมือนสิ่งที่มีคุณค่าที่ถูกละเลย มองกลับมาในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ อะไรคือหญ้าแฝกที่เราละเลยไป เช่น ความสัมพันธ์ในหมู่ผู้ให้บริการ การเน้นที่การปฏิบัติมากกว่างานเอกสาร สิ่งเหล่านี้มีอยู่เดิม แต่เราละเลยแล้วไปให้ความสำคัญกับเรื่องอื่นมากเกินไปหรือเปล่า

การหยั่งรากให้ลึกเป็นสิ่งที่ต้องการในการพัฒนาคุณภาพ ทำให้เกิดความมั่นคง ยั่งยืน และเติบโต แต่เมื่อเราจะสร้างนวัตกรรม หรือต้องการปรับเปลี่ยนระบบ หรือต้องการขยายพื้นที่การพัฒนา รากที่หยั่งลึกเกินไปอาจจะกลายเป็นอุปสรรค และจำเป็นต้องดึงรากเหล่านั้นทิ้งไปเพื่อให้ปมรากใหม่ๆ มีโอกาสงอกออกมา เป็นรากที่เหมาะสมกว่า แข็งแรงกว่า ทำงานได้ดีกว่า ลองพิจารณาดูว่ามีรากอะไรที่รุ่งเรืองเกินไปและเราควรพิจารณาถึงทิ้งไปบ้าง เช่น การรายงานในระบบบริหารความเสี่ยง ระบบบันทึกทางการแพทย์ การทำแผน การทำ CPG ซึ่งขัดแย้งกับสิ่งที่ปฏิบัติจริง การเก็บข้อมูลที่ไม่เคยถูกใช้ประโยชน์

ถ้ามองว่าหญ้าแฝกเป็นตัวดักและกักเก็บตะกอนดินที่ไหลมากับน้ำ ก็ทำให้เรานึกถึงเครื่องมือคุณภาพที่ทำหน้าที่ดักจับความเสี่ยงและโอกาสพัฒนาต่างๆ หญ้าแฝกจะทำหน้าที่ได้

⁶⁰ ตีพิมพ์ใน Medical Times ปีที่ 8 ฉบับที่ 181 (1-15 พฤษภาคม 2550)

ดีต้องปลูกให้ชิดกันในระยะที่เหมาะสม เครื่องมือคุณภาพก็ต้องคิดถึงการจัดเก็บที่มีรื้อถอนน้อยที่สุด กิจกรรมทบทวน 12 กิจกรรมเป็นเสมือนการปลูกหญ้าแฝกเป็นชั้นๆ ชั้นกันอยู่ 12 ชั้น หลุดจากชั้นหนึ่งก็ยังไม่พบในอีกชั้นหนึ่ง ในแต่ละกิจกรรมทบทวนเองก็ต้องคำนึงถึงความครอบคลุมให้มาก การทบทวนเวชระเบียนอาจจะเป็นชั้นหญ้าแฝกที่มีประสิทธิผลที่สุด แต่จะจัดเก็บได้ครบถ้วนก็ต้องใช้เกณฑ์คัดเลือกเวชระเบียนที่สามารถดึงเวชระเบียนที่มีโอกาสพบปัญหา มาทบทวนให้มากที่สุด สิ่งนี้เป็นสิ่งที่ยังไม่ค่อยเกิดในระบบของเรา เพราะเรามักจะเลือกทำให้ดีเพียงบางส่วน แต่ไม่เลือกให้ความสำคัญกับความครอบคลุม ด้วยเห็นว่าจะเป็นเรื่องยาก มีปริมาณงานมาก ก็จะเป็นเสมือนการปลูกหญ้าแฝกที่มีระยะห่างเกินไป ตะกอนดินก็ร่วงไป เหมือนไม่ได้ถูกกัก

เครื่องมือพัฒนาคุณภาพชื่อเดียวกันก็อาจจะมีหลายพันธุ์เช่นเดียวกับหญ้าแฝก เช่น การทำ RCA อาจจะใช้กระบวนการคิดเชิงตรรกะไปจนถึงการสังเกตอย่างถี่ถ้วนและการเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ หากไม่รู้จักเลือกใช้ให้เหมาะกับแต่ละสถานการณ์ ก็จะได้ผลไม่เต็มที่

ป่าเปียก

จากป่าเสื่อมโทรมจนเป็นภูเขาหัวล้าน ทางโครงการสามารถปรับพื้นที่ให้มีต้นไม้เขียวชะอุ่ม โดยอาศัยพระราชดำริในการจัดการระบบน้ำบนภูเขา ได้แก่การใช้วัสดุในพื้นที่สร้างเป็นฝายทดน้ำตามทางไหลของน้ำเป็นระยะ ช่วยชะลอการไหลของน้ำและสามารถเก็บกักน้ำไว้ได้ส่วนหนึ่ง ใช้พลังแสงอาทิตย์เพื่อสูบน้ำจากแหล่งน้ำที่เชิงเขากลับขึ้นไปบนแอ่งเก็บน้ำบนยอดเขาเพื่อให้น้ำไหลอาบผิวดินลงมาจากยอดเขา ปลูกป่าดั้งเดิมไว้ที่บริเวณยอดเขาและให้มีการแพร่กระจายขยายตัวตามธรรมชาติ

ปัจจัยสำคัญของการฟื้นฟูป่าคือการจัดการเรื่องน้ำ ทำให้มีน้ำเพียงพอกับการเติบโตของป่า โดยมีการหมุนเวียนใช้น้ำอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อมีน้ำและมีการจัดการอย่างเหมาะสมแล้ว สิ่งอื่นๆ จะตามมาเอง

แล้วอะไรคือหน้าที่จะมาหล่อเลี้ยงการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลแห่งอกงาม คือการดูแลด้วยหัวใจ ด้วยความรักต่อเพื่อนมนุษย์ ใช่หรือไม่ ลองคิดดูว่าถ้าทุกพื้นที่ในโรงพยาบาลล้วนทำงานด้วยหัวใจ จะเกิดอะไรขึ้น โรงพยาบาลน่าจะอุดมสมบูรณ์ไปด้วยคุณภาพของงานคุณภาพบริการ และคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการใช่หรือไม่ คำถามคือจะจัดการให้มีน้ำหล่อเลี้ยงอย่างทั่วถึงและต่อเนื่องได้อย่างไร

ธงอวน

ที่ชายหาดปราณบุรี มีธงที่ชาวประมงใช้เป็นเครื่องบ่งบอกตำแหน่งที่วางอวนไว้ในทะเล ส่วนประกอบที่สำคัญของธงคือไม้ไผ่ซึ่งมีธงติดอยู่ที่ยอด เสียบเอาก้อนโม่ไว้ตรงกลางลำไม้

ตรงโคนไม่มีกระป๋องซึ่งเทปูนติดอยู่เป็นตัวถ่วงน้ำหนัก ที่กองอยู่ด้วยกันมีเชือกต่อกับสมอซึ่ง
เข้าใจว่าใช้ยึดอวนและธงกับพื้นทะเล

ส่วนประกอบสำคัญทั้งสามส่วนทำให้ธรวอนทำหน้าที่ของมัน โฟมทำให้เสาธงลอยตัว
กระป๋องปูนทำให้เสาธงตั้งตรง สมอทำให้เสาธงและอวนอยู่ตรงตำแหน่งที่ต้องการให้อยู่

การที่ธรวอนทำหน้าที่อยู่ท่ามกลางคลื่นลมในทะเล ทำให้นึกถึงผู้ประสานงานคุณภาพที่
ต้องทำงานอยู่ท่ามกลางคลื่นลมในองค์กร ผู้ประสานงานคุณภาพต้องใช้บริบทเป็นสมอเพื่อ
เกาะติดกับเรื่องที่เป็นประเด็นและเป้าหมายสำคัญ ต้องใช้ Core Values & Concepts เป็น
กระป๋องปูนเพื่อตั้งตัวให้ตรง สามารถยืนหยัดได้ไม่ว่าจะมีคลื่นลมแรงเพียงใด และใช้ศิลปะการ
เป็นโค้ชทำหน้าที่เป็นโฟมเพื่อให้ตัวเองสามารถลอยตัวอยู่ได้ เป็นที่มองเห็นและยอมรับของคน
ทั่วไป

ป่าหญ้ากับธรวอนก็ให้ข้อคิดเรื่องคุณภาพแก่เราได้ครับ

ปิดภาคเรียนฤดูร้อนของทุกปี นักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดลกลุ่มหนึ่ง จะออกไปทำกิจกรรมค่ายอาสาในชนบท ไปใช้ชีวิตร่วมกันในความเหนื่อยยาก ไปฝึกฝนตนเอง ฝึกฝนการทำงานร่วมกัน ผู้เขียนเคยไปร่วมงานค่ายอาสาในช่วงที่เป็นนักศึกษาตั้งแต่ค่ายที่ 4-5-6 และได้มีโอกาสไปฟื้นความหลังในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาคือค่ายที่ 38-39 แม้จะต้องใช้แรงกายอย่างมาก แต่ก็เกิดความผ่อนคลายจากความเครียดในงานประจำ

ค่ายอาสาและกลุ่มอาสาสมัครมหาวิทยาลัยมหิดล เกิดจากความคิดริเริ่มและการเอาใส่ใจของ ศ.นพ.อวย เกตุสิงห์ ตั้งแต่สมัยที่ท่านเป็นรองอธิการบดีมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์

ระเบียบวินัยสำคัญอันหนึ่งภายในค่ายคือเรื่องของการรักษเวลา แต่ละวันจะมีกำหนดเวลาที่แน่นอนในการทำกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่ตื่นนอนจนเข้านอน สมาชิกค่ายคนหนึ่งจะได้รับนกหวีดอาสาสมัครให้ทำหน้าที่ผู้รักษเวลา ในช่วงเริ่มต้นของค่าย สมาชิกค่ายบางคนจะรู้สึกอึดอัดใจที่ชีวิตถูกกำกับด้วยบุคคลอื่น กรรมการค่ายจะต้องคอยดูแลและกระตุ้นให้เกิดจิตสำนึกและพฤติกรรมของการตรงต่อเวลาเป็นระยะ

การรักษเวลาดูเหมือนเป็นเรื่องง่าย แต่เป็นปัญหาที่พบอยู่เป็นประจำ

ถ้าเราขอให้ผู้อื่นบอกว่าจะถึงเวลาต้องทำโน่นทำนี่ เราจะเกิดความรู้สึกถูกบีบคั้น ไม่สบายสบาย

แต่ถ้าเรารับผิดชอบด้วยตัวเราเองว่านี่ถึงเวลาแล้วนะที่เราจะต้องทำสิ่งนี้ เสียงนกหวีดก็เป็นเพียงการสัญญาณเพื่อความพร้อมเพียง ไม่มีความรู้สึกถูกบีบคั้นเกิดขึ้น มีแต่ความรู้สึกภูมิใจว่าเราเป็นส่วนหนึ่งของทีมงานที่มีประสิทธิภาพ

การรักษเวลาเป็นการฝึกฝนตนเองขั้นต้นในการทำงานร่วมกับผู้อื่น ซึ่งฝึกได้ง่าย แต่มักจะถูกชะเลย ทำให้โรคไม่ตรงต่อเวลากลายเป็นโรคระบาด

ทำนองเดียวกัน สำนึกของการทำงานให้มีคุณภาพและการพัฒนาให้ดีขึ้นอยู่เสมอ ก็ควรเป็นความรับผิดชอบของเราทุกคนในระบบบริการสุขภาพ ถ้าเราทำอยู่เป็นประจำ เราจะไม่รู้สึกว่าถูกบีบคั้นเมื่อมีการประเมินจากภายนอก แต่ถ้าเราทำต่อเมื่อได้สัญญาณเตือนว่าถึงเวลาต้องทำแล้ว เราจะรู้สึกไม่เป็นสุข ไม่เป็นอิสระ และทำไม่ได้ดี

งานหลักของค่ายอาสาคือการก่อสร้างอาคารเรียนให้แก่โรงเรียนในชนบท งานในช่วงท้ายๆ ของค่ายคือการทาสี การทาสีในส่วนเครื่องบนของอาคารเรียนเป็นเรื่องสนุกและท้าทาย ขณะเดียวกันก็ต้องระวังอันตรายจากการที่จะหล่นล่องลงมาจากรั้วด้วย

ระหว่างที่ทาสีไป ก็คิดถึงผู้ที่ทำงานคุณภาพในโรงพยาบาลไปด้วย

การทำงานในที่สูง ต้องมั่นใจในที่ยืนว่ามีความมั่นคง บางครั้งต้องอาศัยมือไปเกาะเกี่ยวสิ่งที่อยู่ใกล้ตัวเพื่อให้สามารถเอื้อมไปทำงานในจุดที่ห่างไกลออกไปได้ ผู้บริหาร

⁶¹ ตีพิมพ์ใน Quality Care ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 (91) มีนาคม – เมษายน 2550

เปรียบเสมือนนั่งร้านซึ่งเป็นที่ยืนที่จะสร้างความอุ่นใจให้แก่ผู้ทำงานคุณภาพ บางครั้งผู้ทำงานคุณภาพก็ต้องเอื้อมมือไปเกาะเกี่ยวผู้อาวุโสอื่นๆ ที่แม้ไม่มีตำแหน่งบริหาร แต่ก็มีคำพูดที่ผู้คนรับฟัง ถ้าที่ยืนมั่นคงและทาสีตรงหน้า เราสามารถใช้มือหนึ่งจับขั้นบันได อีกมือหนึ่งจับแปลงป้ายสีไปในจุดที่ต้องการ

ความคล่องตัว ช่วยให้ทาสีได้มีประสิทธิภาพดีขึ้น ถ้าเราใช้ได้แต่มือขวาเราจะทำงานได้จำกัด แต่หากเราสามารถทำได้ทั้งมือขวาและมือซ้าย จะช่วยให้เราไม่ต้องหมุนตัว ไม่ต้องจัดท่าใหม่ ดีไม่ดีอาจจะทำให้ขั้นบันไดตกลงไปข้างล่าง เตือดร้อนต้องไปทำความสะอาดพื้นข้างล่างกันอีก การพัฒนาคุณภาพก็เช่นเดียวกัน มีเครื่องมือให้เราเลือกใช้อยู่มากมาย หากเลือกให้เหมาะสมกับสถานการณ์จะทำให้เราทำงานได้มีประสิทธิภาพดีขึ้น ขอเพียงหมั่นฝึกฝน และรู้จักคิดว่าเครื่องมืออะไรเหมาะสมกับสถานการณ์อะไร

ความยืดหยุ่น ช่วยได้มากทั้งในส่วนของการป้องกันการบาดเจ็บ การเปลี่ยนอิริยาบถที่ต้องมีการปีนป่าย รวมทั้งการทาสีในตำแหน่งที่ต้องเอื้อมหรือต้องโหนออกไปไกลๆ สังเกตกันบ้างหรือไม่ว่าเวลาเราทำงานร่วมกัน หากขาดเสียซึ่งความยืดหยุ่น ก็มักจะมีไม่ใครก็ใครที่ต้องบาดเจ็บ (ทางจิตใจ) กันบ้าง หรือไม่ก็ทำให้งานง่าย ๆ กลายเป็นเรื่องยากไปโดยไม่จำเป็น

กลับจากค่าย ยังมีสติติดปลายผมและท่อนแขนมาเป็นที่ระลึกเพื่อเขียนบทความนี้

จากหญ้าสู่ความเสี่ยง⁶²



นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล

หญ้าเป็นวัชพืช เราต้องการวัชพืชบางอย่างมาประดับความสวยงามของสนาม เช่น หญ้านวลน้อย หญ้าญี่ปุ่น หญ้ามาเลเซีย แต่ไม่ต้องการวัชพืชบางอย่าง เช่น หญ้าแพรก หญ้าแห้วหมู ให้มันขึ้นแซม

การถอนหญ้า จึงกลายเป็นงานถ้ามุ่งทำเพื่อความสวยงามของสนามหญ้า หรืออาจเป็นการผ่อนคลายนอกหากทำเป็นงานอดิเรก

จะถอนหญ้าให้ดี ให้มีคุณภาพ ก็ต้องถอนทั้งรากทั้งโคน เหมือนกับการจัดการกับความเสียหาย ต้องไปจัดการที่ root cause ถ้าถอนไม่หมด ส่วนรากที่ฝังอยู่ที่ดินก็จะให้กำเนิดต้นอ่อนขึ้นมาใหม่

หญ้าแต่ละชนิด ต่างก็มีลักษณะที่แตกต่างกัน

	<p>บางอย่างมีลักษณะเป็นกอ เห็นใบกระจุกอยู่ตรงไหน ก็ถอนที่ตรงนั้น โยกไปโยกมา ถ้าใจเย็นพอก็จะได้กอหญ้าและดินมาทั้งยวง</p>
	<p>หญ้าบางอย่างมีลักษณะเป็นไหล เลื้อยไปตามผิวดิน จะสังเกตได้จากแนวหญ้าที่เกิดขึ้นเป็นแถบๆ หญ้าพวกนี้ถ้าไม่ถอนออกมาด้วย รากก็มักจะไม่ได้ติดขึ้นมาด้วย การที่จะเอาไหลออก ต้องค้นหาไหลให้เจอ เอานิ้วสอดเข้าไปใต้ไหล โยกเบาๆ เพื่อให้เห็นตัวไหลและแนวทางที่ไหลซ่อนหายไป แล้วค่อยยกเอาไหลขึ้นมาอีก จนได้ระยะหนึ่งแล้วการดึงไหลออกก็จะทำให้เราได้หญ้าขึ้นมาเป็นแถบ และอาจจะได้เราเศษไหลไว้ก็ได้</p>

⁶² ตีพิมพ์ใน Quality Care ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 (93) พฤษภาคม – มิถุนายน 2550



ที่ยากที่สุดเห็นจะเป็นพวกหญ้าแห้ง ซึ่งมีหัวเป็นปมอยู่
จะมีรากอีกจำนวนมากเกาะดินเอาไว้แน่น ถอนที่ไร
โคนต้นขาวๆ มันๆ ออกมา มีเปลือกหัวติดมาเล็กน้อย
ตักหรือรดน้ำจนดินนิ่มแล้วนั้นแหละ การโยกต้นที่แก่
ก็จะทำให้หัวแห้งหลุดออกมาจากดินรอบๆ ได้

บทเรียนนี้ทำให้ตระหนักว่า การจัดการความเสี่ยงที่ได้ผล จำเป็นต้องเรียนรู้ธรรมชาติ
ของความเสี่ยง

ความเสี่ยงบางอย่าง เชื่อเชิญให้เราแกะรอยตามไป จนเห็นความเสี่ยงเล็กๆ น้อยๆ
มากกระจุกรวมตัวกัน มี root cause ร่วมกัน จัดการกับ root cause นั้นได้ก็จัดการความเสี่ยงได้
ทั้งยวง

ความเสี่ยงบางอย่าง ไม่กระจุกตัว แต่เกี่ยวพันต่อเนื่องกันไปในหลายสถานที่ ต่อสาย
ส่งกำลังบำรุงถึงกันอยู่ตลอด ถ้าไม่คลำให้พบ ก็จะจัดการความเสี่ยงได้เพียงบางส่วน อีกไม่
นานพรรคพวกก็ส่งกำลังบำรุงมาฟื้นฟูให้ใหม่

ความเสี่ยงที่ยากที่สุด คือความเสี่ยงที่มีรากเป็นปม เกาะเกี่ยวอยู่กับสิ่งแวดล้อมรอบๆ
อย่างเหนียวแน่น เช่น เกาะเกี่ยวอยู่ด้วยวัฒนธรรม ความเชื่อ ประเพณี กฎระเบียบ ความเคย
ชิน จะถอนออกมาได้ ต้องละลายการเกาะเกี่ยวกับสิ่งเหล่านี้เสียก่อน

สนามหญ้าบริการของโรงพยาบาล มีหญ้าความเสี่ยงเหล่านี้สอดแทรกอยู่จำนวนมาก
ถ้าตั้งหน้าตั้งตาจะถอนให้หมดโดยเร็ว ก็จะเหนื่อย ถ้าจะทำให้เป็นสิ่งที่เพลินเพลิน ก็
สามารถถอนได้มากโดยไม่รู้ตัว ยิ่งชวนมาทำกันให้มาก หญ้าความเสี่ยงก็จะลดลงไปมากขึ้น เรา
จะวางสมดุลกันอย่างไรดี ให้เกิดความเพลินเพลิน และให้ทันกับเป้าหมายของโรงพยาบาลด้วย
ถึงจุดหนึ่งเมื่อหญ้าความเสี่ยงเหลือน้อยลงแล้ว การจัดการกับหญ้าที่เหลือก็จะมีแต่ความ
เพลินเพลินทั้งสิ้น

เงื่อนไขที่เราไม่ได้ตระหนักมาก่อน⁶³

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

“อรร้อยที่สุด หากินที่ไหนไม่ได้นอกจากอุดรดิตถ์”

นี่คือคำพูดของหมออ๊อบ ระหว่างการประชุม Regional Forum ที่มหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งกล่าวถึงทุเรียน หลินลับและ และหลงลับแล อันเป็นผลจากการพัฒนาทุเรียนพันธุ์พื้นเมืองซึ่งเนื้อหุ้มเม็ดไม่รอบ มาเป็นทุเรียนที่อรร้อยที่สุด รสเข้ม เนื้อมาก เม็ดลีบ กลิ่นไม่แรง ชื่อที่ได้ก็มาจากเจ้าของพันธุ์ คือ นางหลง อุประ และนายหลิน ปันลาด ชาวสวนที่ตำบลแม่พูล อ.ลับแล

พูดอย่างนี้มีหรือจะไม่ทดลอง บ่ายนั้นผู้เขียนและหมอวราต้องเดินทางจาก จ. พิษณุโลกไป จ. เชียงใหม่ จึงแวะเข้าไปพิสูจน์ในตัวเมืองอุดรดิตถ์ หาแหล่งซื้อได้ไม่ยาก เพราะพอลงมาหาทุเรียนลับแล ทุกคนก็ชี้ให้อย่างไม่ลังเล

เป็นทุเรียนที่รสหวานเข้มข้นจริงๆ สมดังคำที่หมออ๊อบคุยไว้

พี่ต้อยจะต้องเดินทางกลับกรุงเทพฯเพื่อรับแขกชาวแทนซาเนีย แล้วจะกลับมาพบกับอีกทีที่เชียงใหม่ในวันเสาร์ ซึ่งมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสริมทักษะให้กับที่ปรึกษาของ HACCC เชียงใหม่ หมอวราจึงได้ซื้อทุเรียนหลินลับแลมาฝากพี่ต้อย 1 ลูก เมื่อไปถึงบ้านก็จัดการบรรจุใส่กล่องอย่างเรียบร้อย ไม่มีกลิ่นเล็ดลอดออกมาเลย

วันเสาร์เราประชุมกับที่ปรึกษาโดยใช้สุนทรียสนทนา ที่ปรึกษาแต่ละคนได้มีโอกาสแบ่งปันประสบการณ์ทั้งงานประจำของตนเองและการไปเยี่ยมให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาล ได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในหลายประเด็น เช่น การเตรียมตัวของที่ปรึกษา การสร้างความสัมพันธ์ (bonding) การลดความเป็นเขาเป็นเรา คุณค่าและความหมายของการพัฒนาการทำให้คุณภาพเป็นเรื่องเรียบง่ายและอยู่ในชีวิตประจำวัน

สี่โมงเย็น ทีมงานก็เดินทางออกจากสวนดอกมาขึ้นเครื่องบิน เจ้าหน้าที่ที่เอกเรย์ กระเป๋าและสัมภาระ เห็นผลไม่มีหนามอยู่ในกล่อง ก็ถามว่า “นี่ใช่ทุเรียนหรือเปล่าครับ” ใช้นั่นนอนครับ ไม่อาจเป็นอื่นได้ เจ้าหน้าที่ก็บอกว่า “เอาขึ้นเครื่องไม่ได้นะครับ” พวกเราก็ถามต่ออย่างไม่ว่า “แล้วถ้าไม่หิ้วติดตัว แต่ load ไปกับกระเป๋าได้ไหมครับ” คำตอบก็คือ “ไม่ได้ครับ load ก็ไม่ได้”

เอาละสิ จะทำอย่างไรกันดี จะฝากพนักงานขับรถไปกิน เขาก็กลับไปเสียแล้ว ผู้ติดตามที่มาด้วยก็ติดตามจะไปส่งถึงกรุงเทพฯด้วยกัน ครั้งจะไปปอกกินกันที่หน้าสนามบินก็คงจะดูไม่จืด เจ้าหน้าที่ที่ท่าเดิมก็แนะนำว่า “ส่งไปรษณีย์ไปก็ได้ครับ” เพื่อตอบแทนคำแนะนำนั้น พี่ต้อยก็ตัดสินใจมอบทุเรียนหลินลับแลให้แก่เจ้าหน้าที่ท่านนั้นไป

ของฝากนั้นบรรลุเป้าหมายของมันแล้วโดยผู้รับไม่ต้องบริโภค

⁶³ ตีพิมพ์ใน Quality care ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 (93) กรกฎาคม – สิงหาคม 2550

ทุเรียนซึ่งได้ชื่อว่าเป็นราชาแห่งผลไม้ไทย กลายเป็นของต้องห้ามที่นำขึ้นเครื่องไม่ได้ เป็นเงื่อนไขที่เราไม่ได้ตระหนักมาก่อน ถ้าเราตระหนักมาก่อน ทุเรียนลูกนั้นคงจะปฏิบัติหน้าที่ ได้สมบูรณ์กว่านี้

ย้อนกลับมาดูการทำงานของพวกเราที่อยู่ในโรงพยาบาล เงื่อนไขที่เราจะต้องเผชิญ กันมากขึ้นเรื่อยๆ จะเกิดขึ้นด้วยเหตุที่เราต้องพิสูจน์ว่าเราให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง และเต็มความสามารถ ภายในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ มีเงื่อนไขมากมายที่เราอาจจะไม่ได้ใส่ใจว่า ระบบการพิจารณาความนั้น ศาลและทนายความ มีพื้นฐานในวิธีการพิจารณาความอย่างไร

ถ้าเราไม่ใส่ใจเงื่อนไขเหล่านี้ไว้ก่อน เราอาจจะมาคิดเสียใจภายหลังว่า “รู้แบบนี้ เรา น่าจะพูดกับคนไข้และญาติอย่างนี้ เราน่าจะตัดสินใจอย่างนี้ เราน่าจะทำอย่างนี้ เราน่าจะบันทึก ข้อมูลเหล่านี้.....” แต่เราไม่ได้ทำ

เราก็เลยกลายเป็นทุเรียนที่ไม่สามารถผ่านด่านเอกซเรย์ได้

ศิลปะในวิถีชีวิต ⁶⁴

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

พูดถึงอาหารญี่ปุ่นเรามากจะนึกปลาดิบ บะหมี่ สุกียากี้ ไปสัมผัสกับวิถีกินอาหารแบบญี่ปุ่นแท้ๆ จะพบศิลปะสอดแทรกอยู่ในทุกขั้นตอน ตามประเพณีดั้งเดิม ชาวญี่ปุ่นจะนั่งกินอาหารบนโต๊ะเตี้ยๆ ที่เราชอบเรียกกันว่าโต๊ะญี่ปุ่น จึงเป็นความจำเป็นที่ลูกค้าจะต้องถอดรองเท้า และร้านอาหารจะต้องจัดระบบรับฝากรองเท้า ความน่าประทับใจก็คือเมื่อเปิดประตูเข้าไป เราจะพบพนักงานของร้านจะนั่งคุกเข่ารออยู่ที่ข้างชั้นเก็บ บรรจงนำเอารองเท้าไปวางไว้บนชั้นเก็บ พร้อมมอบบัตรรองเท้าไว้ให้เรา และเมื่อตอนที่เรารับประทานอาหารเสร็จ รองเท้าของเราก็จะมาวางเรียงรอรับเจ้าของ หันปลายรองเท้าวอกให้เราพร้อมที่จะสวมใส่โดยไม่ต้องหันหลังได้ทันที

บางร้านใช้บัตรรองเท้าเป็นหลักประกันว่าลูกค้าจะต้องจ่ายเงินก่อน คือขอบัตรรองเท้าของสมาชิกในกลุ่มลูกค้าไว้ 1 ใบ ก่อนที่จะนำอาหารมาบริการ และจะนำบัตรนั้นมาคืนให้หลังจากที่ชำระเงินเสร็จเรียบร้อยแล้ว

ภายในร้านอาหาร จะมีการตกแต่งสิ่งแวดล้อมให้สวยงามด้วยเครื่องตกแต่งง่ายๆ มีอยู่ทั่วไปทุกมุม เช่น อาจจะใช้ปูนมาหุ้มท่อน้ำที่อ่างล้างมือให้ดูเหมือนเป็นกิ่งไม้ เหล้าสาเกจะถูกแช่มาในน้ำแข็งพร้อมกับแก้วใบเล็กๆ ซึ่งคว่ำมาบนน้ำแข็งนั้นด้วย แต่ละคนจะได้รับอาวุธคือตะเกียบ ถ้วยน้ำจิ้ม วางไว้ในถาดเฉพาะของตน อาหารจะทยอยมาเสิร์ฟทีละอย่าง ให้กับแต่ละคน เป็นอาหารชิ้นเล็กๆ พอดีคำ อยู่ในภาชนะเล็กๆ เช่นเดียวกัน

พออาหารคำแรกเข้าปากเรียบร้อยแล้ว โปรเฟสเซอร์ซึ่งเป็นเพื่อนของอาจารย์อรุณและอาจารย์สมศรี ก็ให้คำแนะนำกับเราว่า เวลากินอาหาร อย่าเอาแต่กินอย่างเดียว ให้พินิจพิจารณาศิลปะบนภาชนะที่มากับอาหารนั้นด้วย เราจึงได้เห็นการสอดแทรกศิลปะเข้าไปในวิถีชีวิตของชาวญี่ปุ่น ภาชนะดินเผาใบเล็กๆ แต่ละชุดที่ยกมาพร้อมกับถาดรองนั้น จะมีการออกแบบที่แตกต่างกัน มีสี มีภาพวาด ซึ่งเราสามารถใช้เวลาเพ่งมองความงามได้เนิ่นนาน รูปทรงของภาชนะ บ้างก็เป็นทรงรูปผีเสื้อ บ้างก็เป็นไวโอลิน

มีถาดรองใบหนึ่ง เห็นเป็นลายเส้นอยู่ครึ่งค่อนถาด พวกเราก็พยายามดูกันว่าเขาวาดเป็นรูปอะไร จินตนาการไปต่างๆ นานาๆ อดไม่ได้ก็ถามพนักงานเสิร์ฟ คำตอบที่ได้รับก็คือเป็นฝีมือของอาม่าเจ้าของร้าน เส้นเหล่านั้นเป็นลายผ้าที่ตกลงไปบนเนื้อดินขณะที่ยังเปียกอยู่ และก็มีรอยสีเหลี่ยมเล็กๆ เป็นตราประทับชื่อของอาม่าด้วย

อาม่าอายุ 80 ปีแล้ว แต่ยังแข็งแรง ยังช่วยเด็กๆ ยกอาหารมาเสิร์ฟ ฝีมือการประดับประดาธำมรงค์ก็เป็นฝีมือและความคิดของอาม่า ผู้ที่มาทำงานที่ร้านนี้ บางคนเป็นอาจารย์สอน

⁶⁴ ตีพิมพ์ใน Quality Care ปีที่ 10 ฉบับที่ 5 (94) กันยายน – ตุลาคม 2550

ศิลปะ กลางวันไปสอน ตอนเย็นมาทำงาน ศิลปะที่ไม่ได้อยู่เฉพาะในห้องเรียน แต่เอามาใช้ประโยชน์ใช้สอยในชีวิตประจำวัน ในธุรกิจ

คนญี่ปุ่นอาจจะไม่ได้อายุยืนเพราะอาหารเพียงอย่างเดียว แต่เพราะรู้จักชื่นชมกับความงามที่อยู่รอบตัว

วัดในญี่ปุ่นก็เต็มไปด้วยความงามของธรรมชาติรอบๆ บ้างก็มีสวนหินให้พิเคราะห์พิจารณาเพื่อให้อจิตสงบนิ่ง มีต้นไม้ใบหญ้าและสายน้ำ ในยามที่ใบไม้ห้อยยักยั่นร่วง คนงานก็จะเอาไม้กวาดขนาดพอมือที่ทำจากกิ่งไม้แห้ง ค่อยๆ กวาดเอาใบไม้เหล่านั้นเก็บใส่กระสอบ ใบไม้ไม่มีวันหมด ไม่มีวันเล็กร่วง แต่ท่าทีของคนงานที่ค่อยๆ บรรจงกวาดใบไม้ออกจากสนามหญ้า เป็นความงดงามของการดำเนินชีวิต

นี่คือการประสานงาน ศิลปะ และวิถีชีวิต เข้าด้วยกัน

เป็นโอกาสที่เราทุกคนสามารถทำได้โดยไม่ต้องรอให้ใครมาบอก หรือต้องขอรับการสนับสนุน

เราสามารถทำให้บริเวณรอบๆ ตัวของเราเป็นความงดงามที่เรียบง่าย

เราสามารถทำให้เอกสารที่เราต้องทำงานด้วย มีศิลปะที่น่าชื่นชม น่าใช้ น่าอ่าน

เราสามารถทำให้ทุกขั้นตอนที่เราทำงานร่วมกัน ไม่ได้มุ่งเป้าอยู่เฉพาะงาน แต่ทำให้ตั้งแต่ในขั้นตอนของการออกแบบ และการจัดบันทึกเราสัมผัสความงามของการอยู่ร่วมกัน การเห็นความหลากหลายของกันและกัน

แม้งานจะยังไม่สำเร็จ แต่เมื่อมองย้อนกลับไปดู เราจะเห็นความก้าวหน้า เห็นพัฒนาการ เห็นการยกระดับ

เป็นการจุดพลังให้ก้าวเดินต่อไป ก้าวไปพร้อมกับความงามที่หล่อเลี้ยงจิตใจ บนเส้นทางที่ไม่มีวันสิ้นสุด

ตุ๊กตาปีหนู⁶⁵

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ปีใหม่นี้เป็นปีหนู ก็ไม่รู้ว่าควรจะเริ่มนับเมื่อไร ปีนักษัตรเป็นการนับตามสุริยคติ ซึ่งจะมีการเปลี่ยนขึ้นปีใหม่ในช่วงวันสงกรานต์

เมื่อเรานับเอาปีใหม่แบบฝรั่งเข้ามา เราก็คิดไทยเข้ามาผสมผสาน ก็เลยพากันนับเอาเป็นวันที่ 1 มกราคม คือวันขึ้นปีหนูไปเสียเลย

ถือโอกาสหิ้วตาตามกันทั่วประเทศก็แล้วกัน

ของขวัญปีใหม่จำนวนหนึ่งที่นิยมให้กันเป็นตุ๊กตา บางคนมีตุ๊กตาจำนวนมากแล้วก็ยังชอบตุ๊กตาอยู่

บทเรียนนี้เกิดขึ้นเมื่อผู้อำนวยการมอบตุ๊กตาหนูเป็นของขวัญปีใหม่ให้กับทีมงาน ปกติหนูเป็นสัตว์ที่ไม่น่าดู แถมยังเป็นที่น่ารังเกียจ แต่พอมาเป็นตุ๊กตานุ่มนุ่ม กลับกลายเป็นสิ่งที่น่ารัก

ระหว่างที่ลูปคล่าตุ๊กตาหนูขนินี้ ก็มีคนช่างสงสัยตั้งคำถามขึ้นว่า ทำไมต้องเป็นตุ๊กตาหนู

คำตอบแรกที่ดังขึ้นก็คือ “ก็ปีนี้เป็นปีหนูไง”

แล้วก็มีคำตอบอื่นๆ ทะยอยตามมา

“หนูเป็นสัตว์ที่คล่องแคล่ว ปราดเปรี้ยว ผอ.อยากให้เรากล่องแคล่วเหมือนหนู”

“งานไหนเรื่องหนูช่วยราชสีห์ได้ไหมล่ะ ผอ.ก็ต้องการความช่วยเหลือจากเราเหมือนราชสีห์ต้องการความช่วยเหลือจากหนู”

“ตุ๊กตาหนูมีขนสีเทา สีเทาคือสีระหว่างขาวกับดำ คือเราทำงานกันโดยไม่ต้องให้ชัดเจนมาก แต่ได้ผลงานที่ดี”

“ดูที่เท้าหนูสิ มีรูปหัวใจสีชมพูอยู่ที่เท้าด้วย แสดงว่าเราต้องเดินด้วยใจ ทำงานด้วยใจ”

“หนูเป็นสัตว์ที่เรียนรู้ เมื่อมีหนูสักตัวหนึ่งติดกับดัก ก็เป็นการยากที่จะใช้เหยื่อเดิมดักหนูได้ผล มันไม่ยอมทำผิดซ้ำสอง”

จะเห็นว่าการร่วมกันตีความหมายของตุ๊กตาหนู เป็นสิ่งที่มีคุณค่าอย่างยิ่ง ผู้ตีความจะตีความอย่างหลากหลาย เป็นอิสระ โดยอาศัยประสบการณ์ของตนเอง ร่วมกับลักษณะของหนู และการรับรู้ในสิ่งที่ผู้อำนวยการถ่ายทอดออกมาต่างกรรม ต่างวาระ ในรูปแบบต่างๆ

การตีความหมายของทีมงานจึงเป็นสิ่งที่ถูกต้องทั้งหมด โดยที่ผู้ให้ไม่ต้องอธิบาย

⁶⁵ ตีพิมพ์ใน Quality care ปีที่ 10 ฉบับที่ 6 (95) พฤศจิกายน-ธันวาคม 2550

